



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
SAN LUIS POTOSI**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA
OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTAN:

SANDRA LOPEZ BARBOSA

MA. EUGENIA MENDEZ GONZALEZ

JUANA QUIROZ VAZQUEZ



SAN LUIS POTOSI, S. L. P., AGOSTO 1999



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA
X CURSO COMPLEMENTARIO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERIA

**ACTITUDES DE LA ENFERMERA ANTE
LA EXPERIENCIA CON PACIENTES CON
CANCER EN LA MUJER EN ETAPA TERMINAL**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PRESENTAN:

Enf. LOPEZ BARBOSA SANDRA
Enf. MENDEZ GONZALEZ MA. EUGENIA
Enf. QUIROZ VAZQUEZ JUANA

ASESORA:

Lic. en Enfia. JUANA CASTRO RAMIREZ

San Luis Potosi, S.L.P.

Agosto de 1999

Reconocimiento

En la vida se conoce a muchas personas; cada una con características propias que las hacen distintas a todas las demás. Con el paso del tiempo, solo se recuerda a aquellas que han dejado una honda huella en nuestra memoria.

En nuestros recuerdos estará el nombre de nuestra asesora Lic. en Enfr. Juana Castro Ramírez por su valiosa cooperación para la realización de la presente tesis.

Sandra, Eugenia y Juanita

Agradecimientos

Este trabajo representa la culminación de uno de los proyectos más importantes de nuestra vida. Sin embargo, para poder conseguirlo hemos recibido un sinnúmero de apoyos, por lo que queremos hacer patente nuestro agradecimiento a:

- *Nuestro Padre Celestial por que nos presto vida y salud.*
- *Nuestros padres, hermanos, esposo e hijos por el apoyo brindado.*
- *La Jefa de enfermeras, a la Jefa de Servicio y personal de enfermería que labora en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" por permitirnos el acceso a dicho servicio para la realización de esta tesis.*
- *Al personal de la Biblioteca Biomédica por proporcionarnos la Bibliografía necesaria para la realización de la misma.*
- *Todos aquellos que nos apoyaron directa e indirectamente(aún sin saberlo).*

Sandra. Eugenia y Juanita

"En Recuerdo Mío ..."

El día llegará en que mi cuerpo yacerá sobre una sabana blanca que cubra cuidadosamente las cuatro esquinas de un colchón, en un hospital activamente ocupado en atender a vivos y moribundos.

En determinado momento un médico comprobará que mi cerebro ha dejado de funcionar y que, definitivamente, mi vida ha llegado a su termino.

Cuando tal cosa ocurra, no intentéis infundirle a mi cuerpo una vida artificial con ayuda de alguna maquina. Y no digáis que me halló en mi lecho de muerte. Estaré en mi Lecho de Vida, y ved que este mi cuerpo sea retirado para contribuir a que otros seres humanos hagan una mejor vida.

Dad mis ojos al desdichado que jamás haya contemplado el amanecer, que no haya visto el rostro de un niño, o, en los ojos de una mujer, la luz del amor. Dadle mi corazón a alguna persona a quien el propio sólo le haya valido interminables días de sufrimiento. Mi sangre dadla al adolescente rescatado de su automóvil en ruinas, a fin de que pueda vivir hasta ver a sus nietos relozando a su lado.

Dad mis riñones, al enfermo que deba recurrir a una máquina para vivir de una semana a otra. Para que un niño lisiado pueda llegar a andar, tomar la totalidad de mis huesos, todos mis músculos, las fibras y nervios todos de mi cuerpo.

Hurgad en todos los rincones de mi cerebro. Si es necesario, tomad mis células y haced que se desarrollen, de modo que algún día un chico sin habla logre gritar con entusiasmo al ver caer un gol y que una muchachita sorda pueda oír el repiquetear de la lluvia en los cristales de la ventana.

Lo que quede de mi cuerpo entregadlo al fuego, y lanzad las cenizas al viento para contribuir el crecimiento de las flores.

Si algo habéis de enterrar, que sean mis errores, mis flaquezas, y todos mis prejuicios contra mi prójimo.

Dad al diablo mis pecados; entregar mi alma a Dios.

Si acaso quisieres recordarme, hacedlo con una buena obra o diciendo alguna palabra bondadosa a quien tenga necesidad de vosotras.

Si hacéis todo esto que os pido, viviré eternamente.

R.N.J.

INDICE

	Pag.
I.- INTRODUCCION	1
II.- EL PROBLEMA - OBJETO DE ESTUDIO.	11
III.- MARCO ANALÍTICO CONCEPTUAL..	22
3.1.- Importancia de la relación Enfermera - Paciente y características del Cuidado Holístico.	23
3.2.- Consideraciones conceptuales en torno al problema de las actitudes en el cuidado de Enfermería.	35
3.3 Alteraciones que afectan la integridad de la paciente en etapa terminal desde un enfoque holístico. a) Aspectos biológicos b) Alteraciones Psico – afectivas.	48
3.4.- Consideraciones Ético-Filosóficas acerca de la muerte en la paciente con cáncer en fase terminal.	61
IV.- ACTITUDES DE LA ENFERMERA EN SU EXPERIENCIA CON PACIENTES EN ETAPA TERMINAL	72
V.- CONSIDERACIONES METODOLOGICAS.	119
ANEXOS.	130
BIBLIOGRAFÍA.	183

INTRODUCCIÓN.

Desde los escritos de **Florencia Nightingale**¹ a mediados del siglo pasado, las enfermeras de todo el mundo han trabajado para establecer los principios básicos en que se asienta la disciplina de enfermería y delimitar sus componentes.

Tratando así, de demostrarse a ellas mismas y a la sociedad a la que atienden cual puede ser la importancia y trascendencia de los cuidados de enfermería.

Si se parte de la definición de Nightingale en la que se pensaba que la enfermera debe situar al individuo en las mejores condiciones en las que la naturaleza pueda actuar sobre él.

Habría que preguntarse: ¿En que consisten esas condiciones? Y ¿Hasta donde enfermería puede intervenir en facilitar esas condiciones?

Dicho de otra forma y de acuerdo a lo que plantea **Henderson**², es labor de la enfermera ayudar a cada ser humano a realizar aquellas actividades en favor de su salud, actividades que el mismo haría si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

¹ Nightingale

² Henderson

De esta manera se hace patente que las enfermeras ven su labor fundamental en estar al lado, cercanas a su paciente y próximas a los problemas de todo tipo que estos presentan.

En esta cercanía y comprensión de las situaciones en la que los individuos necesitados de cuidados sufren, es lo que hace imprescindible, la labor de la enfermera, al reconocer la diversidad de circunstancias de salud y enfermedad en que se ubica el hombre que esta a su cuidado.

Por ello el cuidado de enfermería se ha establecido más que como una acción aislada e individual, como un conjunto de procedimientos dirigidos a la búsqueda de la mejor situación de bienestar en el paciente, cualquiera que sea su situación incluyendo en este cuidado la totalidad de circunstancias personales de los individuos: la familia, el grupo social, la cultura, y los valores. Este cuidado se extiende además a todas las etapas de la vida desde el nacimiento hasta la muerte y tiene como condición que éste ultimo y trascendental instante vital se viva en condiciones de dignidad y alivio del natural sufrimiento.

Se puede asumir que el profesional idóneo, sobre todo aquellos que están al cuidado de los enfermos en fase terminal, cuando hay una restricción en la posibilidad de curación, debiera completar sus conocimientos en aspectos que permitan una mayor

comprensión del hombre ante la muerte así como la diversidad de necesidades que presenta el enfermo terminal.

La profesional de Enfermería, además de estar preparada en aspectos humanísticos y disciplinares del campo de las ciencias de la conducta resulta necesario, que la enfermera asuma una actitud abierta y específica ante su experiencia con pacientes en etapa terminal.

El entenderse a sí mismo como entender a los demás es un principio psicológico establecido cuya importancia pocos se atreven a negar, ó bien, que la muerte forma parte inseparable de la vida del ser humano constituye un principio filosófico y humanístico para entender al hombre ante la experiencia salud – enfermedad.

En la actualidad la Enfermera ha de reconocer no solo los síntomas físicos de la enfermedad que suelen identificarse de acuerdo a cambios o manifestaciones observables, sino que también debe saber apreciar las **actitudes**, ideas y sentimientos, implicados en la experiencia de sus pacientes como aspectos importantes para brindar una atención integral.

El cuidado de enfermería posee varios componentes que a su vez definen varios dominios de intervención.³

³ Concepción que hace referencia al cuidado de enfermería en el programa del curso complementario de licenciatura. U.A.S.L.P.

- 1.- Dominio Conceptual.
- 2.- Dominio Técnico – metodológico
- 3.- Dominio Actitudinal.

Este último, el dominio, actitudinal, se configura desde distintos saberes, experiencias, valores y lenguajes, que conforme ejerce la enfermera, se van desarrollando como parte de su identidad profesional y en consecuencia en sus formas de actuación cotidianas.

Al respecto y tratando de ubicar el objeto de estudio que nos ocupa, se puede decir que, existen variados conceptos y perspectivas psicológicas desde donde se define la actitud, pero quizá una de las mas acertada para nuestros fines es la siguiente:

“Un estado mental y nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo o toda clase de objetos y situaciones en la que se relaciona”⁴

Para otros autores, la actitud es considerada como:

“La evaluación favorable o desfavorable de la realización o no de una conducta”⁵

⁴ Allport

⁵ Ajzen y Fishbein

Se destaca la primera definición, en tanto ese estado de disposición se adquiere culturalmente y muestra formas de actuación específicas.

Ahora bien, si se parte de que nuestra labor es disminuir el síntoma principal que es el dolor no solo físico sino también emocional y espiritual, ante el paciente terminal.

¿Cuáles son ese conjunto de disposiciones que adquiridas culturalmente, influyen en nuestra interacción con un paciente cuyo padecimiento es el dolor?

En la actividad de enfermería resulta todo un reto el manejo psicológico y espiritual del paciente terminal, aliviar el sufrimiento físico de paciente terminal es posible hasta cierto punto pero el alivio del padecer, del dolor emocional y espiritual constituye un desafío para la enfermera que está al cuidado del paciente terminal.

Además de una comprensión psicológica de la muerte existen otros elementos que configuran nuestra comprensión sobre el paciente en etapa terminal. Es importante reconocer que hay muchos y diversos modos de morir y de vivir la experiencia de morir; no existe una muerte igual a otra, las muertes son como las huellas digitales, y paradójicamente el hombre culto y civilizado puede optar y elegir según las condiciones culturales y existenciales desde donde se prepara para la muerte.

Sin duda alguna, nos han educado para vivir pero no nos han educado para morir, por lo que nos preguntamos **¿ Por qué nos preparamos para sanar el cuerpo y no para sanar el alma? ¿Cuál es el sentido de la curación y la sanación ante un paciente en etapa terminal?.**

Resulta necesario reconocer que actualmente vivimos una época en que los valores sociales que mejor se cotizan son el éxito, la competitividad, la arrogancia, la agresividad, y el consumo. En esta era de triunfadores en que la consigna parece ser la de comerse el mundo, las enfermedades como el cáncer nos ponen los pies sobre la tierra pues nos recuerda que tenemos necesidades y que somos vulnerables. Tal vez esta sea la razón por lo que es la percepción del sentido y significado de la muerte es ocultada cuidadosa y pudorosamente, ante el que cursa la etapa terminal de la enfermedad

Social y culturalmente, aún cuando sea algo cotidiano, en nuestras reflexiones no hay lugar para la muerte, la ocultamos como si se tratara de algo indigno y vergonzoso o bien como algo lejano y solo con posibilidad de que pueda ocurrir. No vemos en ella mas que horror, un sufrimiento inútil y penoso, algo escandaloso e insoportable cuando en realidad es el momento culminante de nuestra vida, aquello que confiere valor y sentido a la existencia misma.

Los hospitales actuales son estructuras sociales con los objetivos fundamentales de: Investigar, Enseñar, y Curar o restablecer la salud perdida. Estos están dotados en mayor o menor grado de una sofisticada tecnología, de personal sanitario altamente especializado, de equipo informático y de mantenimiento. Pero ¿Para qué sirve todo esto cuando el enfermo no es curable? ¿Esta el hospital preparado así como su personal sanitario para cuidar al enfermo en fase terminal? ó su misión se centra mas bien en prolongar la vida aún a costa del deterioro de la dignidad humana.

Se ha visto que como profesionista de la salud no estamos preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar realmente a cualquier ser humano en los difíciles momentos que anteceden a su muerte. Estamos poco instruidos en el cuidar, poco acostumbrados a escuchar al paciente a informarle sobre el curso de su enfermedad. Prepararse para aceptar un hecho irreversible como es la muerte es un trabajo arduo y difícil todavía por hacer en nuestra sociedad.

En el área hospitalaria la experiencia de la enfermera la enfrenta cotidianamente no solo al acto de morir, entendiendo este como el “Cese de las funciones vitales del ser humano”⁶

⁶ Adela Cortina

Sino que además en el cuidado de la vida y de la salud, ante situaciones diversas de enfermedad se encuentra inherente una actitud ante la muerte, actitudes específicas que se muestran sobre todo

¿ Si la tecnología en si misma presenta limites en el cuidado de enfermería en los aspectos humanos-sociales? con aquellos que cursan una enfermedad terminal. Las actitudes tienen que ver con las formas en que interactuamos con los pacientes.

Se sabe que el establecer una buena relación con los enfermos solo es posible si se efectúa a través de una comunicación humana abierta, y que además este es un proceso multidireccional y multidimensional en el que se pone en juego un marco de valoraciones axiológicas, conceptuales y vivenciales ante el carácter finito del hombre. Las interacciones entre las personas son siempre distintas, por su naturaleza individual y social, de ahí la importancia de particularizar la interacción.

Sin embargo hay que reconocer que determinadas formas de comunicarse son más eficaces que otras atendiendo a la respuesta que vive el paciente como ser humano ante la experiencia de salud enfermedad.

Si se pretende disminuir el sufrimiento del enfermo e incrementar su bienestar, es preciso mantener abiertos los canales de

esta comunicación entre el personal de enfermería, los pacientes y la familia; respetándose y enriqueciéndose mutuamente, aceptando las diferencias inherentes a las distintas manifestaciones y expresiones de cada uno. Hay que aceptar que el tiempo y el ritmo lo marca el paciente, considerándolo como un principio de respeto a su dignidad y autonomía.

Ante la asistencia al paciente en fase terminal la Enfermera requiere mostrar una actitud que refleje: Trato humano, expertez y pericia en el cuidado, con el fin de ayudar a maximizar la calidad del momento final. La actitud y comportamiento del enfermo no son constantes, sino que se van modificando a lo largo de la enfermedad; es decir, no solo puede variar el grado de percepción de las molestias, de su experiencia ante el proceso de la muerte, sino además su conocimiento y estado de conciencia en torno a su pronóstico puede mejorar o empeorar su grado de aceptación del dolor.

En la perspectiva del trato humano no basta con mantener al enfermo con analgésicos y sedantes, sino que, además hay que proporcionarle una atención que propicie el bienestar espiritual e integral.

Esto ¿Cómo es posible?, ¿ Cuales son los recursos y aptitudes que debiera desarrollar la enfermera para el cuidado de la paciente en etapa terminal?, ¿ Cómo y desde donde posibilitar una relación Enfermera – paciente, que

actitudinalmente sea terapéutica para el paciente en etapa terminal?.

Tales reflexiones, son motivo de este trabajo, cuya aproximación se constituye a partir de la experiencia que cotidianamente se vive con estos pacientes, en particular los que cursan estadio terminal por cáncer.

Interesa destacar el componente actitudinal de la profesión de Enfermería, el cual tiene que ver con valores adquiridos y concepciones desarrolladas, desde la propia interacción con el ser humano en situación de salud – enfermedad.

II.- EL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO.

En este trabajo se pretende efectuar un **análisis** sobre el tipo de *actitudes* que caracterizan la relación terapéutica Enfermera - paciente. En particular interesa recuperar a la Enfermera que proporciona cuidados específicos a la paciente cuya causa de ingreso al servicio de Gineco obstetricia es por Cáncer en fase terminal.

Al ingresar la paciente al hospital, en la interacción con la enfermera se intercambian una serie de saberes, actitudes, valores y concepciones que no necesariamente favorecen una relación terapéutica de ayuda y apoyo. Generalmente la paciente ingresa al hospital con diversidad de expectativas respecto a su tratamiento y pronóstico, además en cuanto a su estancia en el hospital, en relación al dolor, al sufrimiento, a su evolución, etc.

Se parte del supuesto de que la paciente espera de la enfermera una actitud comprensiva, la capacidad practica y eficaz en su manejo, un entendimiento entre ambas en el marco de la interacción humana y espera sobre todo resolución a sus necesidades que en ese momento se manifiestan debido a su padecimiento.

En la actividad diaria, el contacto con estas pacientes es frecuente y a partir de la experiencia es posible identificar situaciones que ponen en juego el sentido y esencia de la Enfermería, en donde los límites entre la vida y la muerte se hacen manifiestos.

Luego entonces, surgen las siguientes interrogantes, que permiten orientar el interés de esta investigación.

¿Cuál es la experiencia de la Enfermera con las pacientes que ingresan por motivo de cursar fase terminal por cáncer?

¿Cuál es el tipo de actitudes que se presentan en su cuidado?

¿Que tipo de interacción se constituye en un ámbito en el que se intercambian vivencias, percepciones, concepciones respecto a la vida, la enfermedad, la muerte, el dolor, el sufrimiento, el padecer?.

Basadas en la experiencia que cotidianamente se tiene con pacientes mujeres con cáncer en etapa terminal, se puede considerar que con frecuencia, este intercambio no resulta favorable a una relación Enfermera - paciente de carácter terapéutico, y sobre todo puede considerarse que en gran parte se adolece de recursos para basar la atención y cuidado de Enfermería con un fuerte componente humanístico.

Dado que es común , que este cúmulo de experiencias se traduzca en actitudes y conductas impersonales, la interacción se delimita solo a una actuación de naturaleza técnico - procedimental soslayando el estar atenta a la respuesta de la paciente ante la experiencia de la muerte.

En éste sentido, para dar cuenta de la experiencia que se construye en la relación Enfermera – paciente en particular con la paciente mujer que cursa Cáncer en fase terminal es importante ubicar lo siguiente:

¿Con que magnitud se presenta el cáncer de la mujer?

¿Cuál es la trascendencia y vulnerabilidad de este problema en nuestros días?

¿Cómo es que la Enfermera actúa profesional y humanamente?

¿Cuales son las actitudes que predominan en el cuidado de éstas pacientes?

En principio, es necesario ubicar algunos datos de tipo estadístico para dar cuenta no solo de la magnitud del problema sino además de su trascendencia en la población femenina.

En México CADA DOS HORAS muere una mujer por Cáncer Cervicouterino.⁷

Se sitúa en el primer lugar tanto en la categoría de los cánceres como la primera causa de muerte en mujeres mexicanas.

⁷ Internet

En incidencia le sigue el cáncer de mama, en México cada año se mueren 50 mil años potenciales de vida, debido a que la edad promedio en que el cáncer de mama afecta a la mujer fluctúa entre los 30 y 54 años (53.5%), encontrándose casos de menos de 30 años y más de 54 años por cada 100 000 habitantes.

De acuerdo con el registro de Histopatología de Neoplasias Malignas en México en 1995 se registraron 15 mil 749 nuevos casos de CaCu, de los cuáles el 65 % correspondió a cáncer invasor.

Anualmente se detectan alrededor de 150 mil casos de CaCu, de los cuales aproximadamente 40 mil mueren.

Así mismo, se sabe que hay cerca de 10 mil mujeres con CaCu invasor que cada año requieren ser tratadas con quimioterapia o radioterapia. El 50% de las diagnosticadas en etapas avanzadas tienen una supervivencia no mayor de 5 años.

En lo que respecta a San Luis Potosí desde 1981 a 1995 revelan que en éstos se presenta una tendencia hacia el ascenso, y para el último año de estudio realizados por la Secretaria de Salud figuran como la segunda causa de muerte en el estado. Además Muestran un incremento del 37% en la mortalidad en estos 15 años de revisión.⁸

⁸ INEGI 1998

En comparación con el nivel nacional, el estado registra en el año de 1995 una tasa de 57.6 de cada 100,000 habitantes. Cifra mayor a la observada en el país (De 52.6 por 100,000 Habs.).

Así mismo, en relación con el grupo de edad mayormente afectado se aprecia un aumento a partir de los 35 años de edad, llegando a registrarse en el grupo de 65 y más años la tasa más alta.

Por su parte, en relación con su distribución geográfica en San Luis Potosí, los municipios de mayor riesgo se ubican de la siguiente manera.

En lo que respecta a la zona media se reporta en el año de 1995 de acuerdo a una diferenciación por municipio la siguiente incidencia:

En cuanto a cáncer cervicouterino las tasas por 100 000 habitantes que se registran son como sigue: Cárdenas (68.2), Cerritos (66.3), Rayón (59.8), Alaquines (64.3).

Respecto al cáncer de mama, el comportamiento es el siguiente: Lagunillas (53.8), Villa Juárez (49.2), San Nicolás Tolentino (48.8), CD. Fernández (59).

En la zona centro, en relación al cáncer de mama se aprecia la siguiente distribución:

Tierra Nueva (55.9), Armadillo de los Infante (58.7), Ahualulco (47.3).

Por su parte, en la capital del estado se reporta como Ca de mama un dato de (54.5).

De continuar este comportamiento se espera para el año 2005 un incremento en su tasa de mortalidad de 30.5% con respecto al año de 1995.

Con relación a la mortalidad por tumores malignos del Cuello del Útero y de Mama desde 1981 a 1995 se tiene que estos 2 tumores muestran una tendencia al ascenso; En los últimos 15 años de estudio se observa un incremento de mortalidad en cuanto a CaCu de 53% y del Cáncer de Mama de 64%, a nivel nacional la mortalidad fue de 4.8 cifra ligeramente superior a la del estado que fue de 4.6 y 3.0 cifra igual a la del estado respectivamente por cada 100,000 hab.

En relación con el grupo de edad en cuanto al CaCu se observa que a partir de los 35 años de edad se incrementa la tasa, siendo el grupo de 65 y más años el mas afectado, en comparación con el Cáncer de mama el grupo de edad se observa a partir de los 45 años incrementándose de manera importante.

Se sabe que hace 10 años afectaba a mujeres de 40 años o más, en la actualidad se detecta en edades entre 32 y 34 años incluso hasta los 22 años.

En el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”⁹ ingresan un promedio de 8 - 10 pacientes de Cáncer de la mujer por mes, reportando en sus registros estadísticos que durante el año de 1997 se presentaron 80 pacientes, tanto de nuevo ingreso como de reingreso, considerando esta cifra muy elevada en esta Institución.

De los cuales 45 fueron por Cáncer de Mama y 36 de CaCu. De estos se reporta una muerte durante la estancia hospitalaria por CaCu y una por Cáncer de Mama.

Se estima que para el 2005 de seguir así habrá un incremento de 14.6% para Cáncer de Mama y un 30.2 % para CaCu.

Se considera, que en cuanto al tipo de población afecta más a personas de bajo nivel socioeconómico como los de la zona urbana media, el área rural y en mayor porcentaje en pacientes procedentes de la zona huasteca.

Los datos anteriormente mencionados muestran de alguna manera la magnitud y trascendencia con que se presenta el Cáncer en la mujer.

En este sentido, hay que reconocer que al afectar a la mujer, la trascendencia y vulnerabilidad de este problema se hace más crítica, dado que sin lugar a duda repercute en la dinámica familiar y el mundo de vida de la población afectada, al ser la mujer centro importante del núcleo familiar.

⁹ Datos obtenidos del Hospital Central

Es relevante considerar respecto a la mortalidad que se observa en relación con el número de personas afectadas en el área hospitalaria, que los datos que se reportan, indican que esta es muy baja debido a que muchas veces la paciente y sus familiares prefieren la muerte en su hogar rodeada de seres queridos.

Sin embargo aún así, es frecuente atender a estas pacientes, sobre todo en el servicio de Gineco – Obstetricia en donde habitualmente ingresan estas pacientes.

Los datos presentados resultan alarmantes, sobre todo en términos de la importancia de generar una cultura de prevención, sin embargo, ante las pacientes que ya lo presentan, *¿Como brindar un trato humano con actitudes que apoyen emocional y espiritualmente la experiencia ante la paciente en fase terminal de su enfermedad?*

Por lo anterior, es propósito de éste trabajo de investigación, explorar en el marco de la relación **Enfermera - paciente**

¿Cuáles son las actitudes que caracterizan el cuidado de enfermería ante estas pacientes?.

Nos interesa **analizar** las *actitudes* como componente del **cuidado** de enfermería, considerando que las actitudes tanto de la Enfermera como de la paciente, son las que definen el tipo de cuidado que se le proporciona a la mujer con cáncer, en el supuesto de que las actitudes traducen un marco de valores conocimientos, sentimientos y conductas que muestran finalmente, el componente humano de la relación Enfermera – paciente.

Ya que esta relación constituye un núcleo que sintetiza vivencias y sentimientos ante la vida, ante el sufrimiento, ante el acto de morir.

Sobre todo por la especificidad del problema al que se intenta hacer referencia, esto es la condición de mujer en la paciente y en la enfermera, aún cuando este aspecto no es nuestro objeto de estudio, se parte del supuesto de que en el caso de la enfermera su condición de mujer afecta las formas de interacción con esta paciente, al sentirse trastocada por la sensibilidad y encuentro con ella misma ante el deterioro de la integridad vital de estas pacientes.

La relación Enfermera - paciente en el caso de mujeres con Cáncer se caracteriza por vivencias, experiencias y sentimientos que se asumen consciente o inconscientemente en el cuidado de enfermería y constituyen el componente humano de su actuación profesional .

Cabe destacar la implicación que tiene el pretender dar cuenta del tipo de actitudes que caracterizan la relación Enfermera – paciente. Pues se sabe que esto constituye un componente intersubjetivo, que en la medida en que se incorpore como experiencia, posibilitará una interacción más humana en el trabajo cotidiano de la Enfermera.

En este sentido, se plantean las siguientes preguntas de investigación como un primer acercamiento al objeto de estudio.

III.- MARCO ANALITICO - CONCEPTUAL.

¿Cuál es la importancia de las actitudes en la interacción humana Enfermera-paciente?.

¿Cuales son las actitudes que caracterizan la relación humana Enfermera-paciente?.

¿En que sentido las actitudes traducen vivencias, sentimientos, concepciones ante la vida, la muerte y la enfermedad?.

¿Que relación guarda la condición de género en el tipo de actitudes que caracterizan a la relación Enfermera-paciente?

El acercamiento conceptual al problema – objeto de estudio en términos de explicación – comprensión se hace desde la psicología, la reflexión ético – filosófico, cultural y disciplinar pero sobre todo se re-significa a partir de la experiencia profesional que cotidianamente se tiene con estas pacientes.

3.1.- Importancia de la Relación Enfermera - Paciente y características del Cuidado Holístico.

Para dar cuenta de la importancia de la relación Enfermera - paciente y las características del cuidado holístico se plantean y asumen las siguientes preguntas:

- 1) ¿Que implica la relación Enfermera - Paciente?**
- 2) ¿En que consiste el cuidado Holístico y por que es importante en las tareas Profesionales de Enfermería?**

Una de las funciones más importantes de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su bienestar o bien a su recuperación. Actividad que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o conocimiento necesario, de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

De acuerdo a la relación Enfermera - paciente según lo plantea Henderson² se pueden identificar tres niveles en que se da esta relación, que varían desde una relación independiente a otra marcadamente independiente:

- 1.- La enfermera como sustituto de algo necesario para el paciente.*
- 2.- La enfermera como ayuda para el paciente.*
- 3.- La enfermera como compañera del paciente.*

En caso de enfermedad grave la enfermera esta considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarse “completo” “integral” o “independiente”, por la ausencia de fuerza fisica, voluntad o conocimiento.

Este rol se muestra sobre todo, en el caso de la paciente cuyo deterioro en su integridad fisica afecta sus funciones vitales y capacidades para satisfacer sus necesidades básicas.

A su vez, **Henderson**² refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera es de forma temporal la conciencia de la inconsciencia, el amor a la vida en el suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, el medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el micrófono para los demasiado débiles para hablar.

Durante la convalecencia la enfermera ayuda al paciente a recuperar su independencia afirmando que la independencia es relativa ya que nadie es completamente independiente de los demás.

² Henderson

Lo anterior, es importante porque nos lleva a considerar la necesidad de no perder de vista el acompañamiento del paciente hasta el último momento.

La enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se haya modificado por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de captar no solo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que la alteran. La enfermera debe intentar estar en la piel del paciente para saber que necesidades tiene.

Esto será posible en la medida en que los recursos y disposición de la Enfermera se abran a la experiencia de la paciente ante su situación particular.

Para la satisfacción óptima de las necesidades básicas y sobre todo en una paciente en etapa terminal, **la comunicación** juega un papel muy importante, esta debe ser recíproca entre enfermera - paciente y además hacerse extensiva con la familia como núcleo de apoyo.

La enfermedad ó lesión afecta no solo a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino afecta a la persona en su totalidad como ser unitario y singular. Cuando está seriamente afectado, la capacidad de acción durante la evolución del ser humano que en forma temporal o permanente se altera el déficit de autocuidado se intensifica.

Al respecto, es común observar que, las pacientes en fase terminal con cáncer se ven limitadas o incapacitadas para el autocuidado según lo avanzado de la enfermedad por lo que dependen casi en su totalidad de la satisfacción de sus necesidades tanto físicas, psicológicas y sociales por parte de la Enfermera, la cual si no tiene una actitud de disponibilidad y espíritu de ayuda, la paciente se sentirá incomoda, incluso desolada, y distante ante su tratamiento, ya que los seres humanos tenemos la necesidad de ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.

Si en la interacción Enfermera-paciente se ponen en juego cosmovisiones, lenguajes y personalidades, formas de comunicación, percepciones etc.

¿Qué imagen tiene el sujeto de Enfermería de sí misma, de su carácter, de sus capacidades y sus limitaciones?, ¿En que grado es capaz de verse a sí misma? ¿Es capaz de dar cuenta de sus formas de comunicarse con sus pacientes?

OREM¹⁰ define el déficit de autocuidado como:

“Una relación entre las demandas de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no solo son operativas o adecuadas para conocer o identificar algunos o todos los componentes de la demanda del autocuidado”.

Por lo tanto, si la interacción enfermera- paciente es potenciada por la disposición para reconocerse en sus aptitudes y actitudes, y de ahí ofrecer un cuidado holístico que incorpore al otro en su singularidad como ser humano. La función elemental de la Enfermera se orienta al apoyo de la paciente para dar cuenta y conservar el equilibrio de sus motivaciones, con lo cual le auxiliará para enfrentarse a la experiencia de su enfermedad y el respectivo tratamiento, proporcionándole atención que disminuya su tensión y le ayude a adaptarse a la situación que esta viviendo.

¿Tendrá la Enfermera confianza en sus capacidades para el logro de sus metas o por el contrario es temerosa o indecisa?,

¿Poseerá los recursos y aptitudes para proveer de un sistema de cuidados acordes a la complejidad de la respuesta humana ante la enfermedad?

Sabiendo que el enfrentarse a una paciente en fase terminal, se presentan numerosas dificultades tanto para el paciente como para la Enfermera, debido a la naturaleza de la enfermedad, las reacciones de los pacientes, muchas veces cuando están en etapas terminales suelen quejarse de ser cargas para sus seres queridos y de causarles gran dolor e inconveniencias. **¿Qué es lo que muestra que la enfermera tenga una actitud de cuidado holístico ante la paciente en estado terminal? ¿Es posible brindar este cuidado holístico?**

La muerte puede enfocarse como un momento, un acto, un episodio pero también como un largo proceso, como el punto final de una cadena de conductas y actitudes. Por lo que la actitud que la enfermera le muestre tiene una enorme importancia y afectará la calidad de la asistencia que sea capaz de brindarle a la paciente con dicho padecimiento. Idealmente la actitud como forma de ser de la enfermera frente a los enfermos debiera ser un conjunto de cualidades manifestadas interiormente, porque provienen de la educación de los sentimientos y de una vida interior profunda.

Luego entonces:

¿Que tipo de actitudes se generan en la relación Enfermera - Paciente?

Las actitudes que se dan en la relación Enfermera - Paciente de acuerdo a la experiencia con pacientes en etapa terminal son variables.

Atravesar la barrera que habitualmente nos separa de la paciente con cáncer en etapa terminal es una experiencia por demás difícil. Hemos de tener una actitud crítica y abierta a otras posibilidades de cuidado, ya que lo que resulta ser bueno para una paciente no lo es para otra, de ahí la importancia de brindar cuidado individual a cada ser humano, tomemos en cuenta que ellas se vuelven altamente suspicaces y todo cuanto le mostremos será captado tan positiva o negativamente según su estado.

Es conveniente desarrollar la empatía, es por esto que tenemos que tender al planteamiento de Tratar al prójimo como quisiera que me trataran a mí. Generalmente estas pacientes mantienen un alto grado de ansiedad y miedo, por otro lado, tiene una gran necesidad de expresar sus dudas, preocupaciones, pensamientos, sentimientos, en sí tener a alguien que le escuche. A veces tienen dificultad para ello y es en este momento que se le debe mostrar interés, disposición y brindarle sobre todo tiempo, creando un ambiente de confianza, entonces la paciente será capaz de exteriorizar lo que celosamente guardaba, que la estaba dañando.

Mientras se establece contacto físico con la paciente es importante escucharla, esto permitirá que la comunicación sea más fluida, veraz y armoniosa; el simple hecho de arrojarle, restirar las sábanas de su cama ó ayudarle a cambiar de postura, para ellas es muestra de acercamiento y cariño, no debemos olvidar que el nivel de autoestima es muy bajo o quizá nulo, el tacto es una forma de dar cariño y comprensión.

Es muy alentador para las pacientes cualquier **mueca agradable**, como una sonrisa, que detecten en el rostro tranquilidad, incluso movimientos, en sí todo aquello que muestre **atención y cuidado**.

Sin embargo, también es cierto que la implicación en el cuidado de estas pacientes en cuanto a las formas de comunicación dificultan, entorpecen y alargan el proceso que en un principio mencionamos, al desencadenar reacciones hostiles e incluso agresivas en la relación enfermera- paciente. Se puede afirmar que en cuanto más reacciones negativas mostremos (molestia, enfado, prisa, etc.) quizá más respuestas negativas por parte de la paciente (poca cooperación, negligencia, enfado) recibiremos.

Como se puede apreciar, la relación Enfermera - paciente implica un cuidado holístico, es decir un cuidado que se oriente a la totalidad de la persona como ser humano único.

Al estar implicada su integridad como ser humano ante la enfermedad, resulta indispensable reconocer las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales en que se objetiva la experiencia de su padecimiento.

Margaret Newman¹¹ alude a un paradigma holístico y a un paradigma unitario totalizador a partir del cual se define el tipo de cuidado que proporciona la Enfermera a los pacientes.

En el cuidado holístico se integran las dimensiones: biológico, psicológicas y sociales y en un paradigma unitario hay una concepción humanista de la persona como ser unitario

¹¹ Margaret Newman

Por ello el cuidado de Enfermería en un sentido holístico incluye diferentes tipos de saberes ³ orientados tanto a la resolución de problemas como a la comprensión de la persona y su respuesta ante la experiencia de Salud - Enfermedad.

- a) *Saber que: El cual implica conocimientos científicos que desde el enfoque de la disciplina fundamentan el cuidado de Enfermería.*

- b) *Saber hacer: Se tratan las habilidades procedimentales que desde el punto de vista técnico- científico y humano permiten actuar con pericia y expertez ante las necesidades de la paciente.*

- c) *Saber específico: Este tipo de saber solo se logra a partir de la experiencia, y tiene que ver con el marco de disposiciones y valores a partir de los cuales se aprende a brindar un trato y cuidado humano.*

Quizá este último tipo de saber es el que tiene que ver más con el problema de las actitudes implicados en el cuidado de Enfermería que se brinda a las pacientes, cuya experiencia tiene que ver con el curso terminal de la enfermedad.

Este saber específico, incluye el marco de disposiciones y valoraciones desde donde la enfermera interactúa con sus pacientes.

Sobre todo, denota una dimensión actitudinal inherente a la naturaleza holística del cuidado de Enfermería, lo cual resulta imprescindible en el caso de pacientes en etapa terminal

3.2.- Consideraciones Conceptuales En Torno Al Problema De Las Actitudes, En El Cuidado De Enfermería.

La **actitud** es un concepto que escapa a la controversia sobre la importancia relativa de la herencia y del medio ambiente, por otro lado el término parece lo bastante flexible como para poder ser aplicado tanto a las disposiciones de un individuo aislado como a las pautas generales de una cultura (actitudes colectivas). Además dentro de este concepto pueden incluirse problemas, prácticas y técnicas relevantes en el campo de las ciencias humanas.

Pero quizá la razón de mas peso en la concepción acerca de lo que implican las actitudes, es que se piensa en general, que como productos de un proceso de socialización, estas influyen o condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. En este supuesto, conocidas las actitudes de una persona hacia determinados objetos sociales su conducta o respuesta hacia esos mismos objetos podrían fácilmente inferirse, controlarla y aún cambiarla; podría pensarse que la actitud explicaba suficientemente la conducta social.

La pregunta que orienta este argumento es la siguiente: Si lo humano, la salud y la enfermedad constituyen procesos y experiencias complejos cuando se trata de las actitudes, **¿ Cuales son los límites de las inferencias y el control de las actitudes en el campo de la conducta social?**

Además la adquisición de actitudes, mas allá de una interpretación psicologista es fruto de un proceso de socialización, de configuración del contexto socio - familiar y que por sus peculiaridades escapa a las posibilidades de contemplar como resultados de procesos de aprendizaje o bien vinculados a un proceso que en cuanto tales pueden por principio generarse o modificarse mediante procesos de conducción.

El término actitud en la investigación psicológica no se ha determinado suficientemente a nivel conceptual y causa dificultad a la construcción de una técnica explicativa de la formación y cambio de actitudes.

En general se acepta conceptualmente a la **actitud como una predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social, en donde subyacen profundas divergencias sobre sus características básicas: ¿Cómo ha de entenderse la predisposición a la acción?, ¿En que grado son dependientes de la experiencia pasada?, ¿Que funciones ejerce?, ¿Cómo se objetiva una actitud?**.

La mayoría de los autores se inclinan por una definición operacional de la actitud, conceptualizandola como categoría mediacional de la conducta. ⁴

Tal como se hizo referencia anteriormente se concibe a la actitud como un estado mental y nervioso de disposición adquirida a través de la experiencia que ejerce una influencia directiva y dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con las que se relaciona.

Según **Ajzen y Fishbein** ⁵ La actitud no es más que la evolución favorable o desfavorable de la realización o no de una conducta.

Es aquí donde surge la interrogante: **¿favorable o desfavorable en que sentido?**. Cuando se trata de actitudes en la interacción humana como se objetivan en acciones y comportamientos.

Otros autores la conciben como una idea cargada de emoción que predispone a una clase de acciones para una clase particular de situaciones sociales

La dimensión emotiva constituiría así un componente y referente del problema de las actitudes, sobre todo insistimos, cuando se alude a las actitudes en la experiencia humana ante el

proceso salud – enfermedad y en particular ante la situación de cursar la etapa terminal de la enfermedad.

La actitud no será sino la relación existente “entre” dos entidades, donde una entidad es la persona y la otra entidad es el objeto de la actitud en un contexto específico. Esta relación entra a partir del contexto, que sería lo específico de la actitud, para ellos los objetos solo tienen “valencia” y pierde su ambigüedad cuando están situados en un contexto.⁴

Dichas definiciones sugieren que las actitudes presentan un carácter multidimensional, es decir la actitud se conceptualiza como un constructo técnico, hipotético que integran diversos componentes a través de los cuales se puede analizar una conducta.

Algunos autores, desde supuestos teóricos diferentes han abogado por el abandono de dicho concepto al carecer de estatus sistemático como hipótesis científica de trabajo y de resultado empírico suficiente, capaz de emplearse eficazmente como unidad de análisis tanto en el estudio como en el objeto de la conducta social.

Ambigüedades más importantes surgen del concepto “actitud” cuando se despliega en sus tres componentes: **Cognitivo, Afectivo y Conductual.**⁴

Cognitivo: Se admite que la actitud conlleva una idea, opinión, información o creencia acerca de la probabilidad de que un objeto determinado o situación poseen unos determinados atributos. Mientras que las actitudes hacen referencia a la evaluación favorable y desfavorable de la persona hacia un objeto, las creencias y opiniones por el contrario solo representan la información que el sujeto tiene acerca de un objeto o situación.

El componente afectivo inherente a la creencia solo se pondrá de manifiesto cuando esta sea objeto de controversia. La actitud no es más que una organización de creencias interrelacionadas alrededor de un foco común, que tiene propiedades cognitivas y afectivas por el hecho de que las diversas creencias que constituyen la actitud tienen también propiedades cognitivas y afectivas que influyen y se refuerzan entre sí.

Para **Wyer**¹² las creencias estriban en un nivel interior, de tal modo que una constelación u organización de creencias daría lugar a una "actitud".

Tampoco hay claridad entre actitud y valor. Para **Rokeach**¹³ el valor es un tipo de creencia localizada en el centro del sistema total de creencias de una persona acerca de como se debe o no comportar; o acerca de algún objetivo en la existencia digna de esfuerzo o sacrificio por conseguirlos.

¹² Wyer

¹³ Rokeach

Respecto a la actitud y el hábito se plantea que los hábitos pueden conceptualizarse como estados de ser y modos o pautas de complemento aprendidos por el hombre a lo largo de la vida, exigidos por su radical indeterminación psicológica, los hábitos son estructuras funcionales que facilitan las respuestas del hombre a los estímulos adecuados.

Ambas "hábito y actitud" son disposiciones, la diferencia no habría que situarla en el carácter evaluativo - afectivo del que no necesariamente carece el hábito sino en la mayor proximidad y relación de la actitud a una conducta específica.

Relativo **al aspecto Conductual y la actitud**, se puede diferenciar que la actitud se concibe fundamentalmente como una predisposición a responder de una determinada manera a un objeto específico o situación; si las actitudes no son observables directamente sino que son inferidas de conductas consistentes, la predisposición a responder se infiere también de la consistencia en la respuesta y la interpretación que se dé al término, la predisposición dependerá de como se entienda la consistencia.

Alguien refiere una definición mas directamente operacional en términos de respuesta, mientras otros juzgan que la actitud se defina mejor como un constructo técnico.

En consecuencia, el mayor problema que ha envuelto la investigación sobre actitudes en los últimos años, ha sido la supuesta relación consistente entre actitud y conducta. La mayoría de las teorías explicativas del cambio y formación de actitudes ha partido del supuesto de dicha consistencia con escasos resultados empíricos, por lo que ha sido abandonadas, parece ser más favorable que las actitudes no estén relacionadas o que lo estén muy débilmente con conductas abiertas, que el que las actitudes estén estrictamente relacionadas con las acciones, se dice que el determinante de conducta no puede ser la actitud sino que hay otros factores como el contexto o situaciones donde la conducta es observada y la actitud valorada que condiciona fundamentalmente la respuesta.

Lo cierto es que no se puede hablar de actitud sin contextualizar dicha relación.

En el caso particular que nos ocupa, **¿Cual es el conjunto de predisposiciones, (cognitivas, afectivas, valoricas y conductuales) desde donde se responde de determinada manera ante el paciente que cursa la etapa terminal del cáncer?**

¿ Cómo se puede determinar cuales son las actitudes relevantes para un individuo concreto y para un acto o actos determinados?, ¿ Bajo que condiciones los efectos de las actitudes son interactivos y bajo que condición son aditivos?.

Aunado a lo anterior, desde un punto de vista metodológico resulta indiscutible que el mayor problema que enfrenta la investigación sobre actitudes es el de la medición. Del concepto de actitud se deduce que no podemos observarla, medirla o cuantificarla directamente; tan solo podemos llegar a una existencia por inferencias basadas en manifestaciones explícitas de un individuo respecto al objeto de actitud.

Su comportamiento, sus expresiones verbales, las manifestaciones de sentimientos respecto a un determinado objeto o situación, podría llevarnos a inferir qué clase de actitud mantiene un determinado sujeto.

Los instrumentos más utilizados para recoger datos sobre los que basar tales inferencias son las escalas de actitudes. Estas por lo general se limitan a recoger la información verbal o escrita que el propio sujeto nos da.

Mide únicamente el componente afectivo, es decir la aceptación o rechazo del sujeto respecto del objeto actitud, así como la intensidad de dicha aceptación o rechazo. Entre estas, las más útiles son las de Likert¹⁴

¹⁴ Likert

Se puede concluir que la investigación sobre actitudes resulta bastante problemática no solo para problemas de medición o metodológicas sino también para problemas sustantivos aún por resolver.

Por lo que nos cuestionamos:

¿Que es exactamente una actitud?, ¿Una colección de respuestas?, ¿Una predisposición a responder?, ¿Una disposición general de favorabilidad o desfavorabilidad a responder basado en creencias?, ¿Que grado de organización poseen las actitudes?, ¿En que grado son dependientes de la experiencia pasada?, ¿En que grado las actitudes ejercen funciones directivo-cognitivo o dinámico motivacionales?, ¿Cómo se forman y cambian las actitudes? ”.

Todas las personas tienen *actitudes* que dan como resultado tendencias a responder positiva o negativamente ante otras personas, ante grupos de personas, ante objetos, ante una situación que comprende objetos o personas o ante una idea. Con frecuencia la posesión de una **actitud** predispone al individuo a reaccionar de cierta manera.

El conocimiento de la *actitud* permite a veces predecir, no siempre, el comportamiento tanto de la práctica profesional como otros aspectos de la vida.

Las actitudes pueden ser racionales o irracionales y la posesión de la inteligencia no es por si sola ninguna garantía de poseer al mismo tiempo grandes cantidades de actitudes racionales. El individuo que posee cierta actitud suele tener que explicar o autojustificar su razón citando solo ejemplos para respaldarlo.

Cuando se emplea el término “Actitud” quieren indicar las creencias, los sentimientos, y las tendencias de acción de un individuo o grupo de individuos en relación con objetos, ideas, o personas; con frecuencia las personas y los objetos o ideas se asocian con las mentes de los individuos y como resultado, las actitudes se hacen multidimensionales y complejas.

Las actitudes se reflejan en las opiniones o puntos de vista que sostenemos, se forma a menudo mediante juicios que estableceríamos como resultado de la información que recibimos de diferentes fuentes.

Cuando encontramos que una información es autorizada y congruente en nuestras predisposiciones y juicios previos, desarrollamos una actitud favorable o positiva hacia un objeto, una idea, una persona o un grupo; sin embargo cuando la información cualquiera que sea el modo como se recibió, es incongruente se le juzga increíble y el resultado es una actitud negativa.

En la práctica de Enfermería se observa que la mayoría del personal muestra actitudes evasivas ante la situación de tener que atender al paciente en fase terminal sea cual sea su padecimiento, pero es más relevante esta situación cuando se brinda atención a mujeres con cáncer.

¿A que se deben estas actitudes?

Las actitudes fundamentales ante la vida y ante la muerte suelen estar arraigadas muy adentro en el "Psique"¹⁵; casi nadie las cambia de un momento a otro.

Un cambio de mentalidad, de ideología, y de creencias pide tiempo, y este puede ser de dos a tres generaciones. Habría que recordar los principios psicológicos de la resistencia al cambio y habría que hacer estudios serios sobre la psicología de la ideología. No es posible cambiar sin violencia algo que primero no hayamos aceptado, tanto a nivel mental como a nivel emotivo.

Quizá en nuestra formación académica y la adquirida por la experiencia no se nos ha dado una enseñanza sobre el cuidado de pacientes en fase terminal menos aún con las pacientes con Cáncer y dicho cuidado resulta ser siempre inadecuado para brindarlo y es entonces que se generan las actitudes negativas ante estos pacientes, con base a esto podemos preguntarnos **¿Cual ha sido la actitud del sujeto de enfermería con cierto grado de conocimiento ante esto? ¿Cómo se explica que se presenten una u otra actitud?**

¹⁵ Blum I. Milton

En ocasiones nos dejamos llevar por disposiciones emocionales que desencadenan actitudes evasivas como mecanismo de defensa provocando que se pierda la serenidad y la fortaleza para enfrentar dichos trances que resultan ser los más difíciles y estresante.

“La respuesta del organismo a condiciones tensionantes o estresantes, consiste en un patrón de reacciones fisiológicas y psicológicas que pueden presentarse tanto en forma inmediata como en forma tardía”; entonces, obedecerá dicha actitud de la Enfermera a **¿Un falso concepto de conocimientos o erróneo de una experiencia o bien a un total desconocimiento?**

¿Se estará perdiendo el sentido de humanidad?

Con lo anterior se asume que las actitudes además de tener componentes racionales posee componentes volitivos, axiológicos, afectivos, es decir elementos de carácter irracional.

Aceptemos que todos tenemos el derecho de vivir y morir con dignidad. Para esto no basta con tener ciertas cualidades sino aunarlo a una verdadera vocación, la vocación en un sentido profesional deriva de profesar una actitud con sentido ético y humanístico.

En este sentido y una vez ubicada la discusión conceptual y metodológica respecto al problema de las actitudes, interesa reconocer que el propósito de este trabajo no se orienta a la medición de actitudes, sino más bien en mostrar las diferentes expresiones en que se manifiestan las actitudes, teniendo como referencia la experiencia de la Enfermera ante las pacientes que cursan la etapa terminal de un proceso como es el cáncer.

3.3.- Alteraciones Que Afectan La Integridad De La Paciente En Etapa Terminal, Desde un enfoque Holístico.

a) Aspectos Biológico - Metabólico

Sé parte del supuesto de que las alteraciones biofísicas, psicológicas y sociales que se presentan como respuesta en las pacientes que cursan la etapa terminal del cáncer, afectan su integridad como ser humano en una forma holística, es decir de manera integral trastocan su unidad como persona total y única

Para ello es importante reconocer, en primera instancia y en un plano biológico las alteraciones que a nivel tisular ocurren en una paciente con cáncer.

Biológicamente ocurren una serie de interconexiones metabólicas que irrumpen de alguna u otra manera alterando el bienestar físico de la mujer con cáncer, y que esto además repercute en su integridad como ser humano.¹⁶

Una célula cancerosa es resultado de un cambio genético permanente producido en una célula somática por lo demás normal.

¹⁶ Lehninger Albert L.

Tal cambio, denominado “transformación maligna”, puede ser desencadenado por algún agente físico externo, como los rayos X, por un exceso de radiación ultravioleta de la luz solar, o por varios agentes químicos carcinógenos.

Las células cancerosas tienden a crecer de un modo bastante agresivo y no obedecen a los esquemas normales de formación de tejidos. Su modo anormal de crecer, que no es necesariamente masivo, pero que de ordinario es disruptivo, tiende a interferir con las actividades normales de las células y tejidos adyacentes.

Las células cancerosas presentan un tipo distinto de metabolismo. Aunque poseen todas las enzimas requeridos para la mayoría de las rutas metabólicas centrales, casi todos los tipos de células cancerosas muestran una anomalía en la integración de la secuencia glucolítica con el ciclo de los ácidos tricarboxílicos. El ritmo de consumo de oxígeno de las células cancerosas es algo inferior a los valores correspondientes de las células normales. Sin embargo las células malignas tienden a utilizar de 5 a 10 veces más de glucosa que los tejidos normales, y la mayor parte de ella la convierten en lactato, a pesar de que poseen casi un ritmo respiratorio normal. Este fenómeno de producción aeróbica de lactato se denomina “glucólisis aeróbica”.

La formación aeróbica de lactato tiene efecto en solo unos pocos tejidos normales, como los eritrocitos o los músculos

esqueléticos y cardíacos bajo condiciones de intenso esfuerzo o también en la retina. La producción aeróbica de lactato por las células cancerosas no es un mero artificio observado in vitro, sino que se produce también in vivo. El resultado neto de la glucólisis aeróbica en la bioenergética de las células cancerosas consiste en que además de generar ATP por la glucólisis que tiene lugar en el compartimento extramitocondrial. Se ha llegado a la conclusión de que en las células cancerosas, los factores alostéricos que normalmente regulan la velocidad de la glucólisis ajustada al ritmo de utilización del piruvato por el ciclo de los ácidos tricarboxílicos, esto es, por el efecto Pasteur, son defectuosos o están alterados.

Si se admite oxígeno en una suspensión anaeróbica de células que emplean glucosa a una velocidad elevada para efectuar la glucólisis, la velocidad de consumo de la glucosa experimenta un descenso extraordinario, a una pequeña fracción de su velocidad anaeróbica. Al mismo tiempo, la acumulación de lactato, que es cuantitativa, en condiciones anaeróbicas disminuye hasta ser prácticamente nula en presencia de oxígeno, ya que la respiración conduce a la formación cuantitativa de CO_2 y de H_2O procedentes de la glucosa, sin que se registre acumulación de lactato. Este fenómeno, de inhibición del consumo de glucosa e interrupción de la acumulación de lactato con el consiguiente consumo de oxígeno se llama "efecto Pasteur".

El efecto sistémico más importante de este desequilibrio metabólico de las células cancerosas consiste en la utilización de una gran cantidad de glucosa sanguínea y en la liberación correspondiente de grandes cantidades de lactato a la sangre. El lactato así formado es entonces reciclado en el hígado, que otra vez produce glucosa sanguínea por un proceso de gluconeogénesis, de modo parecido a como ocurre durante un trabajo muscular forzado. La mayoría de los músculos responden a cada impulso nervioso con una sola contracción y se denominan músculos sincrónicos, los músculos pueden ser eléctricamente estimulados a contraerse de modo repetido. Simultáneamente se forman grandes cantidades de ácido láctico, mientras que el nivel muscular de glucógeno disminuye.

Estas observaciones indican que la glucólisis puede proporcionar la energía necesaria para la contracción muscular.

Dado que la formación de una molécula de glucosa a partir de lactato, que tiene lugar en el hígado, requiere la aportación de 6 moléculas de fosfato de alta energía, mientras que la célula cancerosa produce solo 2 moléculas de ATP por mol de glucosa transformada en lactato, la célula cancerosa puede considerarse como un parásito metabólico que depende del hígado para una parte sustancial de su energía. Las grandes masas de células cancerosas pueden, por tanto, considerarse como un drenaje metabólico considerable del organismo huésped, además de provocar otros efectos locales y sistémicos.

Nace la primer célula maligna¹⁷ : El desarrollo de una neoplasia se inicia cuando una célula sufre una alteración genética y empieza a comportarse de forma distinta a la de sus vecinas.

Comienza a crecer de forma desmedida: La célula maligna y su descendencia crecen de forma incontrolada. Al cabo de unos años, una de ellas experimenta nuevas mutaciones.

Surgen otras células mutantes: Las estirpes mutantes, que aun presentan un aspecto normal, crecen alocadamente. Transcurrido un tiempo, aparece una célula con nuevas tareas genéticas.

El cáncer se hace patente: Las células cancerosas crecen y se diferencian de las sanas. Crean un sistema vascular para asegurarse los nutrientes y surgen las supercélulas.

Algunas células deciden emigrar: La diseminación de las células tumorales por el cuerpo se conoce como metástasis se estima que un millón de supercélulas viajeras abandonan el tumor primitivo cada 14 horas.

Aparecen nuevos tumores: A través del torrente sanguíneo y la red de vasos linfáticos, las células metastásicas pueden llegar a un capilar, penetrar en su pared y crear un tumor secundario

¹⁷ Revista

Hace solo 20 años, los oncólogos se encogían de hombros cuando se les preguntaba acerca de cómo se originaba un cáncer. Los investigadores ignoraban los trastornos celulares que provocan que una célula sana pierda los papeles y empiece a dividirse de manera incontrolada y a deteriorarse a una velocidad de vértigo.

Tampoco acertaban a explicar los mecanismos por los que ese grupo de células amotinadas establecen un particular sistema de vasos sanguíneos que las ayuda a degenerar en un tejido canceroso, que con el tiempo, invade otras partes del organismo y amenaza de muerte al individuo. Hoy, sin embargo, el desarrollo de los tumores, ha dejado de ser un misterio.

“Efectivamente, a lo largo de las 2 últimas décadas se ha llevado a cabo un esfuerzo titánico para desentrañar las diferencias que existen entre una célula normal y la cancerosa.

También ha habido progresos trascendentales en el esclarecimiento de los mecanismos moleculares que ponen en marcha el desarrollo de una neoplasia o tumor”, dice el profesor Mariano Barbacid, vicepresidente del Instituto de Investigación Farmacéutica de Bristol – Myers – Squibb, en Princeton (EE.UU.). Y añade: “Estos avances en nuestra larga lucha contra el cáncer se han materializado, en parte, gracias al hallazgo de los oncogenes, un pequeño grupo de genes anormales que propician la génesis y la proliferación de los tumores malignos”.

Lo relevante a destacar, ante esta descripción de los cambios metabólicos que se generan producto de las células cancerígenas es el deterioro progresivo ante este trastorno. En términos generales se ve afectada su integración física, ocasionando serios trastornos según la localización y proceso de diseminación.

b) Alteraciones Psico- afectivas

Los medios de comunicación, las representaciones simbólicas y las presiones sociales y familiares son solo algunos factores que favorecen el desarrollo de una representación ficticia de la muerte y de un temor enormemente arraigado en la cultura occidental. Este temor esta generalmente encubierto, pero se manifiesta externamente en nuestros comportamientos y actitudes.

Hay algunos temores a la muerte que están intrincados en conflictos psicopatológicos: son estos los desplazados ó conectados a fantasías poco realistas.

Al contraer una enfermedad como el cáncer que puede devorarlo, el paciente interpreta o incluso anticipa los cambios físicos como mortales, es probable que la presencia de síntomas físicos produzca temor, pero este a menudo esta presente previamente a la aparición de tales síntomas.

Los enfermos en condición terminal desarrollan numerosos temores, incluso antes de experimentar un deterioro físico significativo.

La muerte tiene significados muy especiales para los enfermos terminales. Estos tienden a estar asociados al sentido que le ha dado al paciente a su enfermedad y a los constructos que ha usado para darle sentido a su vida y que necesitan ser revisados en las fases avanzadas de la enfermedad. Los pacientes adjudican a la muerte otro conjunto de significados y valores que están determinados culturalmente y que también van a definir su actitud y comportamiento hacia ella.

“El proceso de morir constituye al fenómeno vital que los hombres viven no como un hecho puro y duro, sino culturalmente interpretado”⁶

“No es la muerte un acto puntual sino un proceso que se inicia con el conocimiento de la enfermedad irreversible”⁶

La pérdida de autonomía, la deformidad y los cambios en la apariencia física; la separación de los seres queridos, el convertirse en una carga familiar y social ó en un ser repulsivo al otro; la pérdida de funciones corporales; la incertidumbre; el enfrentamiento a lo desconocido; la evitación, en algunos casos imaginada, por parte del personal sanitario así como el dolor y el sufrimiento psíquico y físico, son algunas fuentes de temor expresados con mayor frecuencia por nuestros pacientes.

El temor a la soledad y el aislamiento es una sensación que se ha visto reforzada durante la historia de la humanidad y se acentúa durante el proceso de morir.

Otra de las manifestaciones de sufrimiento en la paciente con cáncer es la ansiedad. Los pacientes con ansiedad pueden quejarse de tensión o inquietud o bien pueden exhibir hiperactividad, autonomía, insomnio, incapacidad para mantener la atención; fatiga, aprehensión y preocupaciones excesivas.

Entre las causas de la ansiedad se puede asumir que pueden ser múltiples en la población de enfermos terminales. La ansiedad puede ser síntoma de un trastorno de adaptación, de un ataque de pánico, de un trastorno de ansiedad generalizada, de una fobia, o de una depresión agitada.

La ansiedad ante la muerte esta generada, entre otros factores, por el desconocimiento acerca del proceso de morir; por la falta de control sobre uno mismo y el propio destino y por las fantasías que genera cada individuo acerca de la muerte.

Así mismo, la depresión como estado de animo y la tristeza son respuestas apropiadas o naturales a medida que el paciente terminal se va enfrentando a la muerte. Estas emociones pueden constituir manifestaciones de un duelo en anticipación a la amenaza de perder la vida, la salud, los seres queridos y la propia autonomía.

El diagnóstico de una depresión mayor en enfermos terminales es complejo y se suele basar más en los síntomas psicológicos o cognitivos de la depresión.

Es difícil diagnosticar una depresión en un paciente terminal.

¿Cómo ha de interpretar la Enfermera los sentimientos de desesperanza en un paciente moribundo para quien no existen esperanzas de recuperación?

Que implica ofrecer una posibilidad con relación a la Calidad de vida de las pacientes. Se nos ha inculcado, desde nuestra formación, que se debe luchar por salvar la vida del individuo hasta agotar todos los recursos; dicho criterio nos coloca en un dilema, *¿Se le alarga la vida ó se le alarga el sufrimiento?*, esta pregunta hasta el momento no ha sido respondida y seguirá sin responderse solo hasta que uno ocupe el lugar de Dios que es quien desde un punto de vista Teológico, decide si ha de seguir vivo el individuo o no.

Pero eso dista mucho de la realidad, lo que sí se puede hacer con estas pacientes es tratar de implementar los **Cuidados Paliativos**.¹⁸

¹⁸ López Imedio Eulalia

“Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso natural, no prolongan ni aceleran la muerte; ... proporcionan alivio al dolor y algunos otros síntomas penosos,...integran aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a sus familiares para afrontar la pérdida y el duelo”.

Tiene como objetivo fundamental proporcionar el mayor grado de bienestar al enfermo, entendiendo como bienestar la sensación global de satisfacción o alivio de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar el enfermo de forma intermitente, continua o paradójica, a lo largo de la última etapa de su existencia.

Los cuidados paliativos nos permiten ofrecer una atención mas holística a la paciente y no solo estamos supeditadas a una orden médica, a la aplicación de un medicamento, a una norma institucional sino que podemos hacer algo mas por la paciente que agoniza. Además de que la Enfermera entienda y respete la moral y las creencias del paciente, debe concientizarse de sus propios valores tanto personales como profesionales y cómo esto puede influir potencialmente tanto en el vínculo enfermera - paciente así como en la manera en que se brinden los servicios profesionales.

Cierto, estamos entrando al terreno del Trato meramente Humano, hay un momento en el actuar profesional donde todo coincide y hay que saber diferenciar, relacionar sin llegar a confundir y al mismo tiempo hacer que todo ello actúe simultáneamente, nos referimos claro está y lo hemos venido manejando desde el principio a las *actitudes*. Las cuales tienen que ver con diversos aspectos en relación a la Enfermera. Desde aspectos cognitivos (nivel de información, capacitación, experiencia, etc.), hasta aspectos de tipo Ético y afectivo (creencia, valores y sentimientos), así como el contexto y circunstancias en que se brinda el cuidado de enfermería (tipo de institución, normas, recursos, etc.) entre otros. Pensemos entonces y quedémonos con esta pregunta cerrando éste capítulo y abriendo quizá un nuevo horizonte.

¿La vida de la paciente con CaCu en fase terminal con un dolor atroz es vida?

¿Que le implica a la enfermera atender esto desde una perspectiva que trasciende los límites profesionales?

¿Cómo asumir y dar cuenta las disposiciones valoricas, afectivas y conductuales ante estas pacientes?.

3.4. - Aspectos Ético - Filosóficas Implicados En El Proceso De La Muerte

¿Que significa la vida, la enfermedad, el dolor, ante la experiencia de saber que se encuentra en la etapa terminal de una enfermedad?.

Anteriormente, se trato de ubicar esta interrogante con relación a las actitudes que se generan en las enfermeras ante pacientes con cáncer.

Pensar sus posibles respuestas desde la experiencia misma es algo muy específico, a reflexionar sobre ellas a partir de diferentes conocimientos disciplinarios como el de la psicología y la filosofía, y el mismo saber técnico científico de la enfermería entre otros.

Sin embargo, en este capítulo se recuperan algunas reflexiones filosóficas que permiten dar cuenta acerca de la comprensión de las actitudes inherentes a la relación enfermera - paciente ante la experiencia de cursar la fase terminal de un proceso como en el Cáncer.

El simple hecho de saber que no podemos detener un proceso patológico y que esto la esta llevando hacia la muerte, que lo único que resta por hacer es disminuir su dolor, en ocasiones ni eso es posible, podemos decir que este enfrentamiento provoca un choque de tensiones existenciales, en el paciente al enterarse de su diagnostico y en la enfermera al saber que tendrá bajo su cuidado a la paciente en agonía.

La agonía vendría a ser **“Estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente”** Es aquí, donde se ponen en tensión no solo la actitud profesional, sino además la actitud humana ante la vida, la muerte, el dolor etc.

El concepto de muerte se refiere generalmente a la muerte fisiológica aunque en teología el término se aplica a la alineación con Dios y se habla de muerte de una relación como el amor. Tradicionalmente la muerte se ha determinado por el juicio de signos vitales como respiración y latido cardíaco. Puesto que hay maquinaria que puede mantener funcionando los pulmones y el corazón, recientemente el criterio más importante es **“la muerte cerebral”**

La cual sin lugar a duda nos conlleva a ubicar a la enfermedad en su aspecto biológico bajo un enfoque mecanicista dejando de lado lo holístico del ser humano.

Para ubicar algunos referentes teóricos de carácter histórico acerca de la concepción de la muerte se puede mencionar el CÓDICE DE LA CRUZ Badiano (manuscrito Mexica de 1552), en donde se afirma que **“un médico prudente puede, por los ojos y la nariz del enfermo, pronosticar si ha de morir o sobrevivir. Por lo cual según su opinión probable, los ojos enrojecidos son sin duda signos de vida; los pálidos y blancuzcos, indicio de salud incierta. Indicios de muerte son: un cierto color humo, que se percibe en medio de los ojos, el vértice de la cabeza frío o retraído en cierta depresión, ojos ennegrecidos que relucen poco, nariz afilada y como retorcida, quijadas rígidas, lengua fría, dientes muy sucios como cubiertos de polvo. El mismo rechinar de dientes y sangre que mana en abundancia de la vena cortada negruzca es anuncio de que viene la muerte”**.

Por su parte, **Hipócrates** sostenía que los signos de muerte eran: “Frente arrugada, nariz puntiaguda bordeada de un color negruzco, sienes hundidas, huecas y arrugadas, mentón arrugado y contraído, piel seca lívida y plomiza, vello de la nariz y pestañas salpicados de un polvo blanco mate, rostro fuerte deformado e irreconocible.

Desde los signos físicos, apuntados por médicos aztecas, hasta las modernas mediciones de electroencefalogramas, diversos han sido los conceptos válidos para determinar en cada cultura, la presencia de la muerte.

En el siglo V antes de nuestra era **Alcmeón de Crotona** infirió que el cerebro era órgano de la mente y que además de percibir las sensaciones era responsable del pensamiento y la memoria, idea que coincidía con los Mexicanas. Un segundo centro anímico era el corazón esta entidad era al que viajaba al mundo de los muertos.

Aristóteles manifestó que el centro de las sensaciones y las ideas era el corazón. Debido a la influencia de este pensador, sus concepciones prevalecieron hasta nuestros tiempos de tal manera de que la detención de la actividad cardiaca significaba morir.

Como consecuencia en los siglos subsiguientes, el criterio de muerte se estableció basándose en la suspensión de las funciones del corazón. El corazón se convirtió en el centro de atributos humanos y la muerte era equivalente a la cesación de sus funciones, criterio que definió el fallecimiento durante varios siglos.

Jean Paul Sartre dice “ Un hombre de 50 o 60 años que, de hecho se encamina hacia la muerte, aprende y vive al mismo tiempo cierto numero de relaciones cada vez más amplias con el prójimo, con la sociedad. Aprende lo social, aprende a reflexionar sobre la vida de los otros, sobre su propia vida. Se enriquece mientras que, por debajo, sé esta muriendo.

Con la practica de los trasplantes y debido a la necesidad practica de establecer un diagnostico de muerte preciso en el tiempo, los criterios para determinar la cesación de la vida cambiaron. De la muerte del corazón se paso a la del cerebro, significando con ello el significado de la vida afectiva a la cognitiva; de la vida sensorial a la existencia del pensamiento como fenómeno definitorio de la vida humana.

Es posible afirmar que toda sociedad se define por el concepto de la muerte que posee; la sociedad moderna vincula el morir a la perdida de la capacidad del conocimiento.

En 1966, un grupo interdisciplinario en Londres propuso cinco criterios para determinar la muerte clínica; en ellos se incluía, como elemento clave el trazo plano del electroencefalograma. En 1968 un comité en la universidad de **Harvard** estableció el criterio de muerte cerebral, centrandó la muerte del individuo en la de este órgano. Más tarde se perfeccionaron los métodos para diagnosticar daño cerebral irreversible mediante el consumo de oxígeno y estudios de circulación cerebral.

El interés de la **Psicología y la Psiquiatría** por la muerte y el enfermo terminal se ha desarrollado en los últimos años, a pesar de que la muerte constituye un fenómeno universal que ha estado presente durante toda la historia de la humanidad.¹⁹

¹⁹ Ortiz Quezada, Federico

Por último y no por ello menos importante trataremos someramente la dimensión Ético- moral, que en resumidas cuentas vendría a ser la guía de nuestro actuar en el ámbito laboral. Es decir lo que supuestamente esta bien o no, lo que ha de hacerse sobre la base de una ley establecida por la sociedad, lo humanamente permisible.

En este sentido, uno de los grandes problemas de tipo ético que se implican en el cuidado de las pacientes con cáncer en etapa terminal es el que tiene que ver con los límites de mantener y prolongar la vida aun a costa de la propia dignidad de lo humano, es lo que conceptualmente se denomina como eutanasia.

¿Que es la eutanasia? ¿Piedad? o ¿Delito?

Frente a casos extremos que sobrepasan la frontera de lo que el paciente considera una vida humanamente digna, ciertos países permiten la eutanasia como una ayuda profesional para el suicidio, cuyo nombre tomado del griego significa literalmente **“buen morir”**

Los médicos manifiestan una actitud ambigua frente a los pacientes en fase terminal.

Según la ley, la eutanasia activa es administrar intencionalmente una sobredosis al paciente como último recurso para poner fin a sus sufrimientos, era considerada como un asesinato. Por otro lado, la corte había determinado que “ayudar para un suicidio” ya no era un delito.

Holanda en febrero de 1993 se convirtió en el primer país en aprobar la ley de la eutanasia que entro en vigor en 1994 para esto deben cumplirse rigurosamente 28 reglamentos y de no ser así se considera como un delito que amerita una pena máxima de 12 años de cárcel. Según la ley debe tener en cuenta el sufrimiento del paciente que debe ser insoportable. Obtener una petición explícita por parte del paciente reiterada y formulada con pleno conocimiento de causa, consultar al menos a un colega independiente y entregar por escrito un informe detallado de interrupción de vida que posteriormente permita el control por parte del médico legista y por parte del juez de cumplirse con todos los requisitos el médico accede a practicar la eutanasia y la ley lo protege.

La eutanasia como su etimología lo indica significa: *eu* - bueno , *thánatos* - muerte, buena muerte, esto hace referencia por un lado a una acción positiva, no a algo negativo o condenable, como una primera aproximación, puede decirse que la eutanasia consiste en quitar la vida a alguien (eutanasia activa) o en dejar morir a alguien (eutanasia pasiva) bajo ciertas restricciones en ambos casos.

Al hablar de eutanasia debería hablarse en sentido estricto de ayudar a buen morir es decir de cooperar en la muerte de alguien con objeto de poner fin a sus sufrimientos inclusive después de haber intentado minimizarlo sin conseguir que deje de ser insoportable.

Cuando no se da ningún tipo de asistencia y el enfermo muere por voluntad propia nos encontramos ante un suicidio, cuando la asistencia médica es solicitada por el paciente nos encontramos ante un suicidio asistido esto coincide con la eutanasia activa voluntaria.

Algunos médicos suelen pensar que el acceder a una petición de este tipo estaría actuando contra la esencia de la vida misma de la medicina, a saber curar o sanar, salvar vidas arrebatándole victorias a las enfermedades y a la muerte. **¿Cómo entonces acceder a provocar la muerte sin traicionar la esencia misma de la profesión?, ¿Cómo acceder a la eutanasia sin que tenga repercusiones en nuestra conciencia? y ¿nuestros valores acerca de respetar la vida de los demás?**

Al concebir la muerte como un **“fenómeno vital culturalmente interpretado, no como un acto puntual, sino un proceso que se inicia con el conocimiento de la enfermedad irreversible”**.²⁰

²⁰ Dr, Herrera Ibañez, Alejandro

Entra aquí el ámbito de la bioética, cuando hace su aparición la enfermedad irreversible, entonces no acontece la muerte sino que se inicia un proceso cargado de interrogantes para el paciente y para cuantos le rodean.

El ámbito de la bioética se mueve entre una ética de mínimos construida deontológicamente a partir del deber ser, en términos de normas y de justicia. **¿Qué es lo que debe ser? ¿Qué es lo justo?** Y una ética de máximos, en las que el sentido de bien y autorrealización se orienta hacia el bienestar y calidad de vida ⁶

Una concepción epicúrea acerca de la muerte se puede ilustrar con lo siguiente:

“...El mas terrible de los males, la muerte nada es para nosotros, porque cuando nosotros somos, la muerte no está presente y, cuando la muerte está presente, entonces ya no somos nosotros. En nada afecta, pues, ni a los vivos ni a los muertos, por que para aquellos no esta y estos ya no son...”

Concepción que define una postura actual ante la muerte, que se asume por aquellos que se esfuerzan por alejar de la vida el fenómeno del dolor y de la muerte.

Lo anterior parece olvidar el carácter temporal de la vida humana que tiene, según Adela Cortina dos posiciones hedonistas:

(a) La muerte es en cada momento una posibilidad siempre anticipada, por que la estructura temporal del hombre no esta hecha solo de presente, que el futuro acaba siendo la clave interpretativa de la vida; el morir es un proceso vital perteneciente a la vida, y no un hecho puntual, fatal situado fuera de ella.

(b) La posición estoica, por su parte, no toma el placer y el dolor como criterio para las decisiones, sino la noción de autarquía, de autosuficiencia. “El sabio no teme a la muerte, sino que aprende a morir y a vivir con dignidad, y recurre a la muerte antes de sufrir una degradación de su dignidad personal. Una muerte digna, no es aquí una muerte sin sufrimiento físico, sino sin degradación y sin queja”.

Por otro lado, se atiende a la muerte como una posibilidad del hombre, desde la que comprende también el sentido de su vida. El sentido de la muerte y de la vida están estrechamente unidas, bien por que la muerte abre posibilidad de otra vida tras la muerte, bien por que se considera la anticipación de la muerte como una llamada a asumir una existencia autentica.

“...Mi muerte, como muerte personal, es también un morir para otros, mientras que las muertes de los otros es a su vez un morir para mi”²¹

²¹ FERRATER Mora José.

En este sentido la muerte humana es con otros, el valor a la muerte se da **con – viviendo y con – muriendo**.

Las posiciones éticas filosóficas respecto a la muerte muestran que para acceder a las actitudes hay que reconocer su carácter de construcción intersubjetivable, es decir dar cuenta que estas están mediadas por la experiencia y construidas desde la experiencia.

**IV.- ACTITUDES DE LA ENFERMERA EN SU
EXPERIENCIA CON PACIENTES EN ETAPA TERMINAL**

Para dar cuenta del objeto de estudio denominado: Actitudes de la enfermera en su experiencia con pacientes en etapa terminal .

Se procede a ubicar en un primer momento la información empírica recuperada a través de la aplicación de un cuestionario estructurado, y en un segundo momento la información que se obtuvo a través de la realización de una entrevista abierta. Ambas aplicadas a enfermeras que laboran en el servicio de **Gineco Obstetricia del Hospital Central Doctor Ignacio Morones Prieto.**

Se destacaría en principio las preguntas de investigación, formuladas de la siguiente manera:

- ¿Cuál es la importancia de las actitudes en la interacción humana enfermera – paciente?
- ¿Cuáles son las actitudes que caracterizan la relación humana enfermera – paciente?.
- ¿En que sentido las actitudes traducen vivencias, sentimientos, concepciones ante la vida, la muerte y la enfermedad?
- ¿Es posible pensar que la condición de genero implica alguna relación en el tipo de actitudes que caracteriza a la relación enfermera – paciente?

Como supuestos de trabajo, planteados desde un principio se puede resaltar que:

- Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas y naturales.

- Las experiencias hospitalarias previas modifican el comportamiento de las pacientes y también de la enfermera ante situaciones específicas como es la de la paciente en etapa terminal.
- La comunicación es básica o importante en la interacción enfermera – paciente; y a través de esta se manifiestan los aspectos actitudinales y conductuales ante el paciente en etapa terminal.
- En la interacción humana las actitudes están influidas o permeadas por los valores y sentimientos, creencias y costumbres, concepciones y conductas.
- Existe una relación entre la condición de género de la Enfermera y el tipo de actitudes que se generan en el cuidado del paciente terminal.

A partir de estos supuestos, a continuación se organizan y presentan los resultados obtenidos.

Se asume que el tipo de actitudes en la atención de la paciente en etapa terminal está influido por aspectos afectivos, cognitivos y conductuales.

LA MIRADA DE SUPERFICIE

Al hacer referencia a los aspectos cognitivos implicados en las actitudes de las enfermeras, se exploró lo siguiente:

Características generales de las enfermeras, que hacen referencia a: nivel y tipo de preparación, edad, puesto actual, tiempo de ejercer la profesión, tiempo que tiene laborando en el servicio de **Gineco-Obstetricia**, al igual que su experiencia previa, capacidad y seguridad que posee para atender a este tipo de pacientes, tipo de información con que cuenta para la atención al paciente terminal.

La edad que predomina esta en el rango ubicado entre 22 y 34 años de edad, es decir la mayoría, (75%) son adultos jóvenes, un (18.75%) lo conforman adultos en edad madura que oscila entre 40 y 49 años de edad (Anexo2)

En relación al **tiempo** que tienen las enfermeras de ejercer su profesión la mayoría cuenta con un promedio entre 5 y 9 años de experiencia.

La enfermera que tiene menor tiempo de experiencia tiene 3 años y la de mayor tiempo es de 20 años. (Anexo5).

También se encontró que del personal que labora en el servicio de G.O. del H.C. en cuanto al **tipo de preparación**, predomina la auxiliar de enfermería (43.75%), del resto 4

enfermeras tienen el nivel técnico, 3 son Lic. en enfermería y 2 son enfermeras generales. (Anexo1).

De estas en relación al tiempo que tienen **laborando** en el área de Gineco – Obstetricia, 6 (37.50) de ellas tienen menos de un año, otras tantas, oscilan entre 1 y 3 años (37.50) lo que en total nos muestra una mayoría, ya que sumando ambas nos dan un total de 75%; 3 de ellas (18.75%) tienen un tiempo que oscila entre 3 y 5 años, solo una enfermera (6.25 %) tiene mas de 5 años en el área (Anexo 6).

Si bien es cierto que el **nivel de preparación** y el tiempo de experiencia es importante en el tipo de actitudes que se generan y al reconocer que la preparación que predomina es la enfermera no profesional además de un tiempo de experiencia mínimo en este servicio.

Resulta necesario explorar la **frecuencia** con que la enfermera atiende a este tipo de pacientes.

Del total de enfermeras, el 56.25% refiere que frecuentemente tiene a su cargo a mujeres con Cáncer en etapa terminal, el 37.50% refiere que es poco frecuente su trato con estos pacientes y una enfermera menciona que nunca ha tenido relación con ellas.

(Anexo 17)

En lo anterior se muestra el papel del tipo de experiencia que tiene la enfermera ante estas pacientes aunque habría que ver cual

es el sentido de la experiencia y sobre todo reflexionar o explorar si esta ha influido en el tipo de actitudes desarrolladas para el cuidado de enfermería.

Al preguntarles sobre las formas o **medios como adquirieron la preparación** para atender a pacientes en etapa terminal, las enfermeras manifiestan lo siguiente.

El 75% refiere que su preparación se la ha dado la experiencia misma, el 18.75% que corresponde a 3 enfermeras, refiere que además de la experiencia, su preparación la ha adquirido a través de cursos de actualización en oncología y cursos orientados a la atención del paciente en etapa terminal; una de ellas menciona que no tiene ninguna preparación a través de estos medios. (Anexo 8).

En el caso de las enfermeras encuestadas, se observa que **la experiencia se constituye en la principal fuente de preparación** para atender a estos pacientes, valdría la pena reflexionar, si esta experiencia ha sido favorable al desarrollo de actitudes tendientes a la práctica del cuidado terapéutico en la relación enfermera – paciente.

Así mismo, al explorar en la enfermera el **nivel de información** con la que cuentan para la atención a estos pacientes, solo un 12.5% (2) menciona que cuenta con un nivel suficiente de información mientras que el 56.25%(9) refiere que este nivel de

información lo considera regular, en tanto el 31.25% (5) refiere contar con un nivel de información insuficiente (Anexo 10).

Respecto a la capacidad que tiene la enfermera para la atención a los pacientes el 62.5% (10) menciona no contar con dicha capacidad, solo el 37.5% (6) refiere si tenerla (Anexo 9).

Al contrastar el **nivel de información** en relación a la **capacidad** con la que cuentan, se encontró lo siguiente:

De 3 enfermeras que manifiestan tener un nivel de información suficiente solo 1 considera estar capacitada para el cuidado de las pacientes terminales; de 9 enfermeras que posee un nivel regular de información, solo 4 consideran estar capacitadas, y de 4 que cuentan con un nivel de información insuficiente refieren en la misma proporción no estar capacitadas.

Con lo cual se puede apreciar que en estas ultimas si hay una relación estrecha entre el nivel de información y la capacidad que tienen para el cuidado de la paciente terminal. Situación que no se observa en las enfermaras con información suficiente, ya que según refieren aun con este nivel de información consideran no estar capacitadas.

De acuerdo a estos datos, mas que en el nivel de información podría pensarse en el lugar que tiene la *experiencia* en las *actitudes*, por experiencia se entiende el registro cotidiano de vivencias que se configura de saberes, lenguajes y cosmovisiones ante la realidad circundante, sin embargo habría que profundizar en

el tipo de experiencia que se genera y su relación con las formas de actuar, ya que **no necesariamente a mayor información y preparación le correspondería un cuidado holístico orientado a la relación integral enfermera paciente.**

Ante lo anterior se puede pensar que probablemente más que el aspecto cognitivo sería la **dimensión afectiva**, la que tiene que ver con el tipo de *actitudes* que se generan en el cuidado a la paciente terminal.

De tal manera que la dimensión afectiva tiene que ver con **valores, sentimientos y creencias** como un conjunto de disposiciones con las que el ser humano reacciona ante situaciones específicas y contextualmente condicionadas.

Al explorar aspectos afectivos y su relación con el tipo de actitudes en la experiencia de la enfermera se encontró lo siguiente:

Respecto al tipo de **religión** que profesa la enfermera: el 87.5% (14) es de religión católica y el 12.5% (2) se consideran de una religión diferente a la católica, (Anexo 3).

Al preguntárseles acerca de sus **ideas y creencias** el 31.25% (5) consideran que estas son muy conservadoras, el 25% (4) un tanto conservadoras, el 37.5% las refieren como moderadas, mientras que solo una enfermera se considera de ideas y creencias muy liberales. (Anexo 7).

Si se acepta que el tipo de religión esta relacionado con el tipo de ideas y creencias que guían las actitudes de los seres humanos; cabria preguntar, *¿hasta donde?* esto influye en las actitudes de la enfermera en el cuidado de la paciente terminal.

Sobre todo porque culturalmente hablando la religión influye en el tipo de creencias y valores respecto a la muerte y el proceso de morir

Al respecto al preguntarle a la Enfermera acerca de sus **creencias y concepciones** hacia la muerte el 56.25% (9) concibe a la muerte como termino natural de la existencia, el 18.75% (3) consideran como el inicio de otra vida, el 12.5% (2) consideran a la muerte como un desenlace común y necesario, mientras un 6.25% (1) la concibe como lo opuesto a la vida y en la misma proporción como la supresión de constantes vitales.(Anexo 12).

Como se puede apreciar, en la opinión de las enfermeras predomina una **concepción naturalista** en donde la muerte se concibe como algo, naturalmente esperado.

Entre las enfermeras que se ubican en esta concepción, el total de ellas profesa la religión católica y se consideran dentro de un marco de ideas y creencias que van de muy conservadoras a moderadamente conservadoras, la pregunta que se deriva de estos datos, sigue siendo *¿qué tanto influye en las actitudes de la enfermera esta situación?*, es decir, *¿hasta donde?* Las actitudes que manifiestan ante el cuidado de la paciente terminal, tienen que ver

con este marco de ideas, creencias y concepción ante la muerte. Sobre todo si **se concibe a la muerte no como un acto puntual, sino como un proceso que se inicia con el conocimiento de la enfermedad irreversible**, y que además constituye **un fenómeno vital culturalmente interpretado**.

Otro de los componentes de las actitudes en la dimensión afectiva son los **sentimientos**, en donde se asume que la actitud, se encuentra cargada afectivamente no solo para el paciente y la enfermera sino para cuantos le rodean.

Al preguntarles respecto a cuales son sus sentimientos sobre **la supresión de todas las medidas, para el mantenimiento de la vida de los pacientes terminales que no la desean**. El 18.75% se encuentra a favor, el 31.25% manifiesta sentimientos contrapuestos ligeramente a favor, en igual porcentaje, el 31.25% opinan estar ligeramente en contra, y el 18.75% esta en contra respecto a la supresión de medidas para mantenimiento de la vida.(anexo 13).

En relación a esta misma dimensión, se les pregunto acerca de cuales son los **sentimientos con respecto a mantener vivas a las pacientes terminales mediante medidas extraordinarias**.

Ante lo cuál el 37.50% expresó encontrarse a favor de éstas medidas, el 31.25% se mantiene ligeramente a favor y el 25% esta ligeramente en contra; solamente el 6.25% refiere estar totalmente en contra, en cuanto al sentimiento de mantener con vida a las pacientes terminales. (anexo 14)

Con lo anterior se muestra una relativa contradicción en relación a las opiniones emitidas, ya que mientras un 49.95% refieren tener sentimientos a favor de la supresión de medidas en cuanto al mantenimiento de la vida, un 68.75% a su vez mencionan estar a favor de lo contrario, es decir a favor de mantener con vida a los pacientes aun con medidas extraordinarias

Esta contradicción podría mostrarse también, al encontrar que mientras el 81.10% esta en contra la supresión de medidas, el 31.25% refiere igualmente estar en contra de su mantenimiento

Cabe mencionar, en relación a la participación de las enfermeras en la reanimación de un paciente terminal, el 81.25% nunca ha participado, mientras que el 18.75% lo ha hecho ocasionalmente. (Anexo 15)

Lo anterior permite dar cuenta acerca de la experiencia que tiene la enfermera hacia el paciente en etapa terminal y en consecuencia de manera indirecta nos remite al tipo de actitud que se genera en el cuidado a éste.

Además en ésta actitud, se encuentran inherentes tanto las creencias como los sentimientos que afectivamente se involucran en el cuidado del paciente terminal.

¿Que tanto las creencias religiosas influyen en las actitudes de la enfermera para que actúen en contra o a favor, en cuanto a la supresión de medidas para el mantenimiento de la vida al paciente en etapa terminal?

Al explorar en la dimensión afectiva los sentimientos generados ante el paciente en etapa terminal, pero en particular , en el caso de la mujer con cáncer, como dato general se encontró que un 56.25% de enfermeras frecuentemente han tenido a su cargo pacientes con cáncer en etapa terminal, mientras que un 37.50% solo ocasionalmente ha tenido ésta experiencia y solo un 6.25% manifiesta que nunca ha estado ante esta situación. (anexo 17)

En esta misma dimensión en cuanto al rubro de sentimientos y al considerar que la depresión es uno de los sentimientos mas frecuentes en el personal de enfermería. Se encontró que este sentimiento es mas frecuente ante pacientes menores de 30 años en un porcentaje de 68.75. Posiblemente se deba a que es la edad más productiva de la mujer en todos los aspectos y de alguna manera se identifica ante la situación particular a la que se enfrenta. (Anexo 19).

Entre los sentimientos que se generan ante el paciente con cáncer en etapa terminal, en la literatura revisada se hace mención de que es frecuente que se presenten sentimientos de desanimo, depresión, enfado y satisfacción, dependiendo de la actitud ante el cuidado a estos pacientes.

En el caso de las enfermeras que laboran en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central, el sentimiento que con mayor frecuencia se presenta en el cuidado de esta paciente es el de

satisfacción en un 31.25%, le sigue el **desanimo y la depresión**, ambos en un 25% , según la opinión de las enfermeras el **enfado** no se presenta. (Anexo 18)

Refieren que el sentimiento que pocas veces se presenta es el enfado en un 68.75%, le sigue en orden descendente la depresión, el desanimo, y la satisfacción con un 18.75% cada una.

Manifiestan a su vez, que el sentimiento que nunca se presenta es el de satisfacción, en un 43.75%, el de enfado en un 31.25%, el de desanimo en un 18.75% y la depresión con un 12.5%. (Anexo 18)

Si se toma en cuenta que el hecho de tener bajo su cuidado a pacientes en etapas finales es una experiencia desgastante tanto física como emocionalmente, esto no significa que la satisfacción, la depresión, el desanimo y el enfado sean los únicos que se generan, pero si se puede asumir que son los más comunes.

Sin embargo, es importante destacar que la satisfacción es el sentimiento que con mayor frecuencia se genera en el personal de enfermería, el cual es un sentimiento favorable en la atención a las pacientes.

La controversia en torno a los sentimientos implicados en las actitudes, se extiende y se hace mas compleja, al explorar los

sentimientos de la enfermera en relación **a ella misma, al paciente, al familiar del paciente, y a los integrantes del equipo de salud.**

En cuanto a los sentimientos generados **consigo misma** al tomar decisiones en la atención a la paciente en etapa terminal. El sentimiento que **mayor** se genera es la **frustración e impotencia**, en un 62.50%, le siguen en orden ascendente, el de tranquilidad y satisfacción en un 37.50%, y el de **agresión e ira** en un 25%. (Anexo 21)

En cuanto a los sentimientos generados **en relación al paciente**, el que mas se genera es el de **tranquilidad y satisfacción** en un 50%, el de frustración e impotencia en un 31.25% y el sentimiento de agresión e ira en un 12.50%. (Anexo 21)

En cuanto a los sentimientos generados **en relación con los familiares**, refieren tanto el de **tranquilidad y satisfacción**, como el de agresión e ira un porcentaje de 12.50%, y el de frustración e impotencia en un 6.25%. (Anexo 21)

En cuanto **al equipo de salud**, la mayoría, un 50% menciona que el sentimiento que con mayor frecuencia prevalece es el de **agresión e ira**, el resto de las enfermeras no refiere como sentimientos la satisfacción ni la frustración e impotencia en relación al medico al tomar decisiones.(Anexo 21)

Si se reconoce que la experiencia que se genera al tomar decisiones ante el cuidado a la paciente en etapa terminal, constituye una situación crítica, no solo en relación a ella misma, sino también en su entorno. Cabe destacar que el sentimiento que más se presenta es el de frustración e impotencia consigo misma.

Quizá esto tenga que ver por su condición de mujer - enfermera, ya que se puede considerar que para ella tiene un significado específico el padecimiento que cursa la paciente a su cuidado.

Al respecto, un 50% de enfermeras refieren que la condición de género afecta el tipo de cuidado, debido en parte posiblemente a que estas se ven reflejadas en las pacientes. (Anexo 22)

Si se parte del principio que una actitud condiciona y a la vez muestra una **dimensión conductual** en la experiencia de la enfermera ante la paciente en etapa terminal. Se puede asumir que dependiendo de la conducta que establece la enfermera con su paciente es el tipo de actitud que va a mostrar ante su cuidado.

El tipo de necesidades que presentan las pacientes en etapa terminal es diversa y múltiple, y estas van a ser satisfechas de acuerdo al criterio y forma de jerarquizarlas. **Los criterios para jerarquizar las necesidades de la paciente terminal** se hacen más complejos, atendiendo que la paciente con cáncer se ve afectada en su integridad como persona.

Al preguntarle a las enfermeras sobre el tipo de necesidades que en orden de importancia satisface en estas pacientes. Señalan que en primer termino atienden a las necesidades de tipo fisiológico, en un 62.5%, siguiendo en orden de importancia las de tipo psicológico y las de tipo espiritual, en un 18.75% respectivamente.(Anexo 20)

Lo anterior muestra, posiblemente una concepción de carácter mecanicista en la conducta de la enfermera, ante la cual se concibe la existencia a partir de manifestaciones y constantes vitales , es decir, una concepción de la persona en un sentido biologicista. Aunque habría que considerar, desde la perspectiva del cuidado holístico que se puede atender de manera simultánea a estas necesidades, sin perder de vista la totalidad y singularidad de la paciente.

Así mismo, si se parte del principio de que la comunicación constituye un aspecto importante de la relación enfermera paciente, y a través de esta, es posible identificar y satisfacer sus necesidades. Es relevante conocer los **recursos que posee la enfermera para establecer comunicación** y de ahí identificar las formas de actuación que actitudinalmente muestra con su paciente.

Al respecto, el 68.75% de las enfermeras refieren que se les dificulta establecer comunicación verbal con la paciente, sin embargo menciona que en su relación con la paciente, muestra

interés por su situación y estado de ánimo a través de la comunicación no verbal.

En tanto que solo al 31.25% de las enfermeras se le facilita establecer comunicación con la paciente, tanto de manera verbal como no verbal. (Anexo 23)

En particular, este tipo de pacientes muestra una gran sensibilidad y expectativa ante las formas de comunicarse de la enfermera, y si además de esto se reconoce que en el ámbito de la relación humana todo acto es comunicativo, adquiere singular importancia tanto la comunicación verbal como no verbal, así como la capacidad, el conocimiento y las disposiciones afectivas y valoricas desde donde se comunica la enfermera con estas pacientes.

Por lo cual es necesario que la enfermera, reconozca su metacomunicación, es decir haga consciente como se comunica cuando se comunica con la paciente terminal.

Finalmente, con el propósito de dar cuenta de la forma de actuación de la enfermera ante situaciones específicas que habitualmente presentan estas pacientes, y de ahí derivar que tipo de actitud subyace en el cuidado de enfermería. Se le pregunto cual sería su actuación al atender a pacientes en etapa terminal.

Entre las situaciones que se le presentaron a la enfermera están las siguientes:

Conducta de la enfermera ante situaciones específicas en el cuidado a pacientes con cáncer en etapa terminal.

<p>SITUACION. 1 (Anexo 24)</p>	<p>CONDUCTA REFERIDA ¿ USTED QUE HACE ?</p>	<p>CONDUCTA ESPERADA. IMPLICACIONES COGNITIVAS, AFECTIVAS Y AXIOLÓGICAS.</p>
<p>L- Se trata de paciente mujer que cursa fase terminal por cáncer Cervicouterino, la paciente refiere mucho dolor, actualmente se le esta administrando quimioterapia, ella le pide que se le suspenda el tratamiento pues sufre mucho y su deseo es que se le deje morir. ¿usted que hace?</p>	<p>a.- notificar al equipo de trabajo y a los familiares el deseo de la paciente y tomar una decisión conjunta. (43.75%)</p> <p>b.- Seguir con la administración de quimioterapia haciendo caso omiso de la petición.(37.50%)</p>	<p>La conducta de la enfermera es pertinente por que contextualiza el cuidado ante la toma de decisiones, al considerar con el equipo de trabajo y los familiares la situación.</p> <p>Su actitud muestra un aspecto cognitivo, afectivo y valórico ante la toma de decisiones, dada la complejidad de la situación.</p> <p>Ante esta conducta, se muestra que la enfermera deja de lado el aspecto afectivo y axiológico inherente al cuidado.</p> <p>Posiblemente muestra una conducta evasiva ante la situación de la paciente, o</p>

	<p>c.- respetar la dignidad y derecho a morir de la paciente.(12.50%)</p> <p>d.- Suspende la quimioterapia y brinda apoyo psicológico estableciendo una relación de ayuda con acompañamiento espiritual. (6.25%)</p>	<p>bien se rige únicamente a rutinas y normas medicas, descontextualizando el cuidado de enfermería de una atención integral.</p> <p>Llama la atención en estas dos opciones que refieren las enfermeras en la misma proporción, que ambas son opciones hasta cierto punto opuestas en cuanto a sus implicaciones afectivas y éticas.</p> <p>Solamente una mínima parte del personal refiere esta conducta. Por lo que cabe hacer la siguiente reflexión ¿En que sentido se asume la dignidad y derecho a morir de la paciente?</p> <p>En los limites en que se plantea el sentido de lo justo y lo injusto o bien, en el de proporcionar las condiciones para una vida digna aun en el proceso de morir, es decir, con el menor sufrimiento posible ante el dolor fisico y espiritual.</p>
--	--	---

	<p>e.- Suspende la quimioterapia y alivia el dolor físico por medios químicos.(0.0%)</p>	<p>Aun cuando solo una persona refiere esta conducta, se destaca que en la decisión tomada se le da prioridad a la relación de ayuda en los aspectos afectivos y espirituales. Quizás la actuación podría ser integral, a la vez que le administra la quimioterapia establecer una comunicación terapéutica, en cuanto a escucharla y proporcionarle cuidados paliativos.</p> <p>De cualquier manera, la decisión tomada por la enfermera ante esta situación muestra gran complejidad, sobre todo por el conflicto ético que se genera.</p> <p>Conflicto resuelto, a partir de una actitud que se ubica dentro de una ética de máximos, es decir en las que el sentido de bien y autorealización se orienta hacia el bienestar y calidad de vida.</p>
--	---	--

Por sobre una ética deontológica, denominada ética de mínimos, y que se resuelve a partir del deber ser en términos de normas y prescripciones.

Se puede considerar que esta conducta, no sería la esperada en un sentido cognitivo, afectivo y valorizo, ya que el cuidado se descontextualiza y se orienta únicamente a las manifestaciones físicas de la paciente.

Tras esta actitud se muestra una concepción epicúrea hacia la muerte, ya que se asume en aquellos que se esfuerzan por alejar de la vida el fenómeno del dolor y de la muerte.

SITUACION. II

(Anexo 24)

- La paciente que esta a su cuidado presenta cáncer en etapa terminal con metástasis a órganos contiguos, fue sometida a histerectomía y actualmente se valora mastectomia bilateral.

a).- Considera que debe actuar de inmediato para evitar que avance la metástasis y ocasione mas deterioro a la paciente. (50%)

b.- Piensa que es injusto lo que le pasa a la paciente y considera innecesario que le realice la intervención.

c.- Decide hablar con la paciente sobre el derecho que ella tiene de rechazar el tratamiento y sus implicaciones. (12.50%)

En ambas opciones, la actitud de la enfermera se ve afectada por la relación que guarda el problema de la paciente, su imagen corporal y la propia percepción que de si misma tiene la enfermera.

La implicación de la enfermera ante esta opción, muestra de alguna manera un choque de carácter ético existencial, al asumir la irreversibilidad del proceso patológico de la paciente.

La resolución del conflicto se hace desde la propia concepción e implicación de la enfermera ante la muerte, mostrándose una concepción hacia la vida de carácter circunstancial, es decir bajo el criterio de respetar el derecho de la paciente a decidir sobre su vida.

Sin embargo, esta situación no se da mucho en la practica, sobre todo porque trasciende los límites

	<p>d.- Se niega a participar en las medidas correctivas y del mantenimiento de vida de la paciente a través de medidas extraordinarias. (0.0%)</p>	<p>profesionales desde donde toma decisiones la enfermera.</p> <p>Esta opción no fue elegida por las enfermeras, lo cual nos lleva a pensar que posiblemente no este de acuerdo en lo que desde un punto de vista ético, a participar en lo que se denomina eutanasia pasiva, muy probablemente ligado esto a su marco de creencias y valores, y quizá también por las implicaciones de carácter legal que ello implica.</p>
<p>SITUACION. III (Anexo 24)</p> <p>La paciente a su cargo se muestra deprimida y pasiva ante los cuidados de enfermería, usted quiere establecer una relación de ayuda e intenta comunicarse con la paciente, ella le confía que su estado de animo es debido a la perdida de su mama izquierda producto de la mastectomia realizada.</p>	<p>).- Se revela ante la situación pensando que esto es injusto para la mujer, generándose sentimientos de impotencia y frustración. (43.75%)</p> <p>b.- El problema es grave, ya que deforma la imagen corporal de la paciente al sufrir mastectomia. (37.50%)</p>	<p>Ante los temores que manifiesta la paciente, la enfermera se ve intersubjetivamente, fuertemente implicada ante la situación.</p> <p>Sobre todo ante el significado de la imagen corporal en la que como mujer se ve afectada.</p>

	<p>c.- Se deprime por esta confesión pensando que también a usted le puede pasar por el hecho de ser mujer. (12.50%)</p> <p>d.- Considera un gran problema la situación por la que atraviesa su paciente, ya que indudablemente afectará la relación íntima con su pareja. (6.25%)</p>	<p>En la actitud de la enfermera se muestra que ella incorpora empáticamente estos temores y desde allí actúa en consecuencia.</p>
--	--	--

Las actitudes del ser humano están relacionadas por la conducta del mismo, de igual manera se sustentan y refieren al entorno de la interacción en el que se encuentra en ese momento, pudiendo ser modificada continuamente de una u otra manera sean positiva o negativa según el objeto de referencia. Dichas actitudes dentro de la práctica profesional de la enfermera son semejantes a las actitudes de la experiencia ante la muerte en lo personal. Sin embargo la actitud profesional esta dentro de un marco de normas intrahospitalarias que señalan derechos y obligaciones que la profesional debe atender condicionando en gran parte sus actitudes. También se puede decir que los sentimientos, valores y costumbres, percepciones y afectos, que en lo personal ante el proceso de la muerte se configura como marco de referencia, están de alguna manera implicados en el cuidado de enfermería que tiene componentes científicos y humanísticos.

El ser humano es un ser eminentemente social con espíritu de ayuda mutua donde pone en juego sus sentimientos y valores, y que en situaciones vitales y criticas como es el proceso de la muerte, esta característica se pone de manifiesto. En particular el cuidado de Enfermería ante el proceso de la muerte, esta actitud de ayuda hacia el otro resulta indispensable para favorecer un proceso de morir con alto valor humano.

Esta relación de ayuda inherente a la práctica del cuidado con la paciente terminal, no solamente tiene que ver con aspectos cognitivos del saber científico, sino además con aspectos afectivos y valoricos que se manifiestan en la conducta y actuación de la enfermera ante y con la paciente.

Con el propósito de profundizar el marco de disposiciones cognitivas, afectivas valoricas y conductuales implicadas en el cuidado de enfermería ante estas pacientes, se presentan a continuación los resultados producto de la realización de entrevistas a enfermeras acerca de su experiencia con estas pacientes.

LA MIRADA DE PROFUNDIZACION.

Aspectos cognitivos, afectivos y conductuales.	La experiencia de la enfermera.
<p>Mi percepción acerca de la muerte</p> <p>No se cuando llegue...</p>	<p style="text-align: center;">ENTREVISTA 1</p> <p><i>No toda la gente estamos preparados para la muerte, vivimos para la vida y sin embargo debemos de estar preparados para todo..... todos vamos a llegar a eso, todos vamos a llegar a la muerte o sea es lo último..</i></p> <p><i>Nos debemos de preparar lo mejor posible y esperarla no se cuando nos llegue. Porque no podemos en un momento dado decir: quiero esto, todo esto, sin saber si mañana ya no amanezco.</i></p>

Mi preparacion ante la muerte.

... Miedo.

Las situaciones personales han hecho cambiar...

Algo que tiene que suceder...

Las creencias...

que no nos afecte emocionalmente.

No estoy preparada para la muerte, Yo creo por las situaciones por las que he pasado me ha hecho madurar un poco en cuanto a estas situaciones, por que quizá tenemos miedo a la muerte, por lo que vamos a sufrir nosotros.

Las situaciones por las que he pasado, me han hecho mucho cambiar. En lo que yo pienso, me he enfrentado desde chica a la muerte, es una gran responsabilidad ... Bueno, es de acuerdo a como lo tomes, de como te hayan formado.

El hecho de que seas la mayor te enfrenta a muchas situaciones que las demás personas no están preparadas, entonces yo desde muy chica me enfrente a esta situación.

Desde la edad en que la empecé a enfrentar, ha cambiado mucho mi visión en cuanto a enfrentarme a ella, porque, desde la última ocasión que la viví, ya tomo las cosas como que van a suceder o tienen que suceder, y si sucedieron fue por algo.

No fue porque Dios no nos quiere, o sea, las creencias que a uno le inculcan y bueno, lo único que tenemos que hacer es que no nos afecte tanto emocionalmente

Mi experiencia ante la muerte

Sufrir por la persona que se nos ha ido ...

La que más sentí fue la de mi mamá ...

Te duele...

Yo si estaba negativa ante Dios ...

No le debería haber ocurrido...

Cuando murió mi mamá ya no quería que siguiera sufriendo

Yo creo que una de las principales cosas, que tenemos nosotras que nos quedamos, es que nos afecte y que estemos sufriendo por la persona que se nos haya ido y.... pues ni modo ya es un paso que tenemos que dar bueno, ya se dio y tratar de tomar las cosas lo mejor posible.

Las muertes que yo he presenciado han sido de diferente manera... Yo creo la que más viví, la que mas sentí, fue la de mi mamá, porque las otras fueron accidentes y te duele en el momento en que te lo dicen

Por ejemplo, yo la primera ocasión, cuando falleció mi hermano en un accidente y a nosotros nos avisaron, y esta situación si me afectó porque yo si estaba negativa ante Dios... porque habían sucedido estas cosas si él era una persona - para nosotros- demasiado buena, que no le debería de haber ocurrido.

Aún sin embargo, cuando fallece mi mamá, yo lo único que quería era...Claro que no quería que se muriera porque era mi madre, y la quería, pero tampoco quería que estuviera sufriendoyo decía, bueno, que tanto le estoy dando, el hecho de que yo no

Yo le pedi a Dios....

No tenia caso seguirla viendo sufrir...

Con más resignación

sufra, porque tu estés viva, pero que tanto te vamos a cuidar, que tanto tu vas a poder valerte por ti misma sin depender hasta cierto punto de la demás gente, entonces aquí lo único que yo quería eraYo le pedí mucho a Dios, te digo es la creencia, que si nos la iba a dejar nos la dejara pero bien y si no pues ya no tenía caso seguirla viendo sufrir, porque los días que ella estuvo internada, que estuve conviviendo con ella. Fue mucho tiempo, fueron quince días que estuvo en terapia, fueron bien difíciles, lo único que quería era que ella no estuviera sufriendo, porque son situaciones bien difíciles.

Pienso que fue una situación que en determinado momento hace madurar a uno; porque te enfrentas a las situaciones..... no con fuerza porque es bien difícil que uno tenga fuerzas sino con mas resignación y ya no te empiezas a poner en esa situación tan negativa de decir porque a mí me lo tuviste que hacer habiendo tantas cosas.

Yo creo que aprendí mucho de esta situación, de ver las cosas de otra manera, no tan positivas, pero tampoco hacerme tan negativa de decir.... todo nos ha sucedido, no te puedo negar que en un momento

Por ser la mayor quedas como responsable...

determinado si lo pensé, porque eran muchas cosas las que nos pasaron, nos han pasado en poco tiempo, , pero como te tienes que reponer, te digo, el hecho de ser la mayor, hasta cierto punto y siempre quedando como la responsable te tienes que reponer, las demás personas no se como lo vean, pero yo la veo desde ese punto de vista.

Que sea lo que Dios quiera.....

Que si nos van a pasar las cosas, y se van a quedar, que sea por el bien propio de la misma persona, a la mejor también nosotras salimos ganando porque también es bien para nosotras, pero pues al final de cuantas que sea lo que Dios quiera, dice la gente.

“La entrevistada llora al hacer remembranza de estos pasajes dolorosos para ella”

Y la otra situación, la última situación a la que nos enfrentamos (Se refiere a la muerte de su hermano) era muy poco tiempo que había pasado y yo creo ya lo tomé como algo que tenía que pasar tarde que temprano, me dolió mucho, es lógico que a uno le duela y mas si le duele a la demás gente, que no le duela a uno de su misma familia, pero me pongo a analizar, la vida de cada una de las personas que han fallecido y de las circunstancias y a veces trato de justificar las situaciones a lo mejor esto es una forma de evadirse para no pensar de otra manera, verdad, pero trato de justificarme, porque es

Si le duele lo demás que no le duela a uno su familia....

A veces trato de justificar las situaciones ...

Siento que reaccionaria en forma negativa

..... es una de las etapas que se me hace más difícil.

algo que tenía que suceder, y no te creas a veces si me pongo a pensar que, no se como reaccionaria definitivamente ante otras situaciones, personalmente siento como que reaccionaría en forma negativa, pero no, espero que no suceda ahorita pronto, tarde que temprano va a suceder algo verdad, pero así como que lo siento, como voy a reaccionar, no lo sé.

Lo que pasa es que son situaciones muy diferentes, por ejemplo: Lo que es mi familia se como enfrentarlo, se como debo de resolver las cosas será porque conozco a mi familia, conozco su forma de pensar a lo mejor no completamente.

Profesionalmente creo que es una de las etapas que se me hace mas difícil. Con los familiares no lo he podido sobreponer, en un momento dado, al decir, falleció la señora, ¿cómo me enfrento a los familiares? como que no encuentro, no hay palabras para explicar lo que sienten ni lo que ellos están sintiendo, porque yo en ese momento, por ejemplo con mi familia te puedo decir lo que yo sentía, y a lo mejor no te digo cien por ciento lo que sentía mi familia

Con los familiares tengo temor por que pienso que yo no les voy a quitar el dolor que ellos sienten

No tenemos esa cultura de la muerte.....

A veces trato de leer

Como que se cierra el mundo....

La experiencia personal y Profesional ante el proceso de la muerte.

Por donde me iba conocía mas o menos sus caracteres pero con otra familia se me hace muy difícil. No hemos tenido muchas defunciones en el área profesional, las pocas veces que han sido, mas que nada con lo único que trato en un momento dado es con la paciente que se va a ir, que esta en sus etapas finales, que se vaya lo mejor posible con ella misma. Con los familiares tengo temor porque pienso que yo no les voy a poder quitar su dolor que ellos sienten, o que lo tomen de manera tranquila, porque , no tenemos esa cultura de la muerte, a lo mejor yo porque ya me he enfrentado sabría en un momento dado como enfrentarme a mis situaciones, pero ya en las de otra persona se me hace bien difícil

A veces trato de leer, trato de ver como puedo enfrentarme y aunque me lo digan en los libros de una manera, como me puedo enfrentar a estas situación, como puedo mejorar..... como que se me cierra el mundo..... como que no puedo enfrentarme a la situación ¿por qué? no lo sé

¿Que se me haría mas difícil?. Mira, por ejemplo en cuanto a su evolución si puedo contestar y de cierta manera es necesario, quizá alivias el dolor de la

Las pacientes están en una
incertidumbre.....

Se detiene su mejoría.....

**Mi actitud ante las
interrogantes de la
paciente y los
familiares**

Darle continuidad

Explicarles en el momento.....

Dos pacientes tuvieron intento de
suicidio.

Información.....

Que tan cierto es que lo
acepten...

*paciente con las respuestas, porque ellas
están en una incertidumbre y por esa misma
incertidumbre en muchas ocasiones se
detiene su mejoría, aún sin embargo les
dices la verdad y ahí está el gran problema
¿Como te van a reaccionar?. Ha habido dos
pacientes que no se les ha avisado y cuando
se les avisa muestran toda su negatividad
ante lo que se va a presentar, entonces tu a
lo mejor las ves en ese momento, pero cuando
no las tienes para seguirles dando
continuidad, que es una función importante
por parte de Enfermería. Aún sin embargo, a
muchos casos no les damos la importancia
que se requiere. Si se lo digo en ese momento,
le explico el problema, en lo que se te pueda
ayudar, pero ¿Hasta donde le voy a ayudar ?*

*Necesitamos un seguimiento tanto a partir
de que sale del hospital hasta su hogar. De
las dos pacientes que te digo, regresaron, aún
sin embargo, las dos tienen intentos de
suicidio, ¿Que les falta, información o que?
no me he podido responder, por ejemplo,
vuelves a hablar con ellas y aparentemente te
aceptan su situación, pero que tan cierto es
que te lo están aceptando.*

*A veces nos detenemos mucho a ver lo
de la paciente en etapa terminal, pero que*

En pocas ocasiones nos ocupamos de los familiares...

Son situaciones que tienen que pasar.....

Mi experiencia personal ante la muerte

Lo que falta es el apoyo general...

tanto nos ponemos a pensar en los familiares, pocas son las ocasiones en que nos ocupamos de ellos, nos enfocamos a que la paciente salga, en tres ocasiones me he enfrentado a los familiares, las tres situaciones fueron diferentes, porque una familia ya estaba aceptando la situación y hubo dos familias que no las aceptaban, esa es la situación que se me hace muy difícil enfrentar, no la he podido superar ¿Que les voy a decir? ¿Como me voy a enfrentar a ellos? lo único que les puedo decir y lo único que yo en ese momento alcancé a decir fue, sabe que, son situaciones que tienen que pasar, vamos a tomarlas con tranquilidad, ¿Que más les puedo decir?

A mi definitivamente no se me hace fácil responder a las preguntas de los familiares y hasta donde se las voy a poder responder, depende de nosotros como personal paramédico o como personal de enfermería que no lleguemos a esta situación.

Yo sé que les puedo ofrecer más, el que se vayan a su casa, darles continuidad, porque lo que falta es el apoyo en general y hacerles ver lo de su problema. A veces ponemos muchos pretextos, que el trabajo, o

Que se le haga sentir lo que es

Mi experiencia profesional ante la muerte

Falta mucha concientización

Como les dices las cosas

Crees que todas son iguales

sea todas nuestras actividades fuera de lo que es el trabajo, es un factor bien importante el que se siga a la paciente, que la hagan sentir lo que es, una persona y como persona seguirla tratando. Que no se cierre y que diga; porque a mi? van a pasar por todas las etapas las pacientes al conocer su enfermedad, pero mucho depende de ellas, tanto del apoyo de su familia como el apoyo de las personas que están a su alrededor para que logren salir adelante hasta donde sea posible, tampoco puedes prolongar tanto el tiempo.

Lo que nos falta a lo mejor es mucha concientización desde el punto de vista del personal, a lo mejor no nada mas es Enfermería sino todo el personal que esta alrededor, y del que depende directamente la paciente , a veces también es la forma en como le dices las cosas, te influye demasiado, tu se lo dices porque ya conoces, ya sabes todos los cambios que va a haber, también el que no conozcas como es la paciente, porque si no le conoces su forma de ser crees que todos son iguales, ahí esta el gran error, cada paciente tiene su carácter y es diferente, se le tiene que buscar la forma.

Lo que puedo ofrecer a la paciente

Se me sigue haciendo difícil

Ellas te van cambiando la actitud hacia ellas

Te lo dicen con movimientos

A todas las personas se les debe dar el trato que uno quiere que le den

Modificación de la actitud a través de la experiencia.

Cuando empecé a tratar a estas pacientes, no me relacionaba mucho con ellas, a lo mejor la poca experiencia que se tiene, verdad, o quizá la forma de como se manejan las situaciones. Yo cuando empecé se me hacía muy difícil todo, y de hecho todavía se me sigue haciendo difícil, sin embargo vas viendo la necesidad de cariño, no se si sea cariño, no se si sea falta de apoyo, o no se que sea, pero vas viendo la necesidad no simplemente en este tipo de pacientes, a lo mejor se ve más claramente en las pacientes en etapa terminal, te va cambiando tu actitud porque vas conociendo la forma de como son ellas y como se están enfrentando a esa situación, como tienen la negatividad, en algunos casos no en todos, tienen mucho el apoyo de sus familiares, entonces como que te invitan, con una comunicación no verbal, te lo dicen con sus movimientos, esto te hace que vayas cambiando la actitud; también depende de la educación que te hayan dado, a todas las personas se les debe dar el trato que uno quiera que le den, fuera de que yo este en la escuela, fuera de trabajo y de todo.

Yo empecé por esta situación, me acordaba de mi mamá que decía "si tu quieres que te traten bien debes de tratar

Actuar con más conciencia... con seguridad.

Cada paciente es diferente ...

Te enfrentas a sus momentos de agresividad

Que estén bien con ellas mismas...

bien” pero después te vas inmiscuyendo, vas conociendo el problema y te hace que actúes ya mas con cierta conciencia, no conciencia, sino con mayor seguridad, ya con un conocimiento y con todo lo que te han dicho, no todas las pacientes son igual, cada paciente es diferente, con algunas te enfrentas en sus momentos de agresividad entonces de ti depende mucho de que continúe con esa agresividad, algunas otras ya pasaron esa etapa, ya están en etapa de aceptación, pero también te enfrentas a las pacientes que están en etapa final, ¿Como vas a actuar ahí? es de acuerdo a la situación que se te esté presentando porque no vas a actuar igual con todas

Ahora que hice la licenciatura como que me dio muchos elementos, pero para poder enfrentar cada situación todavía nos falta mucho, mucho, mucho para salir adelante como Enfermeras que somos, pero sin embargo tenemos muchos elementos que podemos retomar y sacarlas adelante .

Trato de ofrecerles que estén bien con ellas mismas, mas que con toda la gente, tratamos de hablar, a lo mejor no tenemos esa oportunidad de entablar una charla demasiado grande, pero a veces con dos o

Hablar, platicar con ellas

Resolverles sus ultimas
necesidades

No nos ponemos en el lugar de
cada paciente...

tres palabras es mas que suficiente para decir todo lo que se quiere decir, aunque en muchas ocasiones hay cosas que no están permitidas dentro de los hospitales, pero yo creo debemos valorar todas estas situaciones, depende mucho de uno, al final de cuentas, como se dice, quien esta las veinticuatro horas del día es el personal de Enfermería y es el que en un momento dado puede resolverle sus ultimas necesidades.

Yo vuelvo a la conscientización , yo no sé que sucede con Enfermería o de que manera estamos tratando de mejorar o que esto evolucione; en primera, no nos ponemos en lugar de cada paciente, en segunda, nuestra atención no es curativa sino preventiva, sin embargo, primero debo estar consiente y posteriormente hacer consiente a los demás

ENTREVISTA 2

Mi experiencia personal ante la muerte.

Es más doloroso cuando somos adultos que cuando somos niños

Es una pérdida definitiva

Se me hace difícil acercarme a ellas

como va ir decayendo poco a poco

Mi percepción acerca de las necesidades de las pacientes en etapa terminal.

uno se rutiniza en los hospitales...

En relación a experiencias personales hace muchos años tuve la experiencia de la pérdida de un familiar cercano como mi papá. Yo creo que uno de niño, a lo mejor no lo percibe, lo percibimos diferente de niños a adultos, creo que es más doloroso cuando somos más adultos que cuando somos niños, lo tomamos más drástica y dolorosamente en esta etapa.

¿Como Enfermera? Creo que sigue siendo igual de doloroso, uno se da cuenta de que es una pérdida definitiva.

Por lo menos a mi se me hace muy difícil acercarme a una persona que va a morir, porque a veces ni ella misma sabe que va a morir o no sabe ni lo que le va a pasar, como va a ir decayendo poco a poco, y por eso a mi se me hace muy difícil.

Yo creo que muchas veces uno se rutiniza con las actividades del Hospital y pues también, o sea influye la forma en que es la paciente y la forma que es uno mismo.

Mi actitud ante los familiares.

Escucharle ... más que aconsejarles.

Atendiéndole sus necesidades básicas ...

No les damos orientación

Darle ánimos

Lo que le puedo ofrecer a la paciente.

Influye la forma que es uno mismo ...

Y la paciente a lo mejor quiere hablar con nosotras, yo si trato de acercarme, por lo menos de escucharle, yo tiendo mas a escuchar a las personas que a aconsejarlas ; siento que escuchándolas también en cierta forma alivian el dolor o lo que lleguen a sentir y esto pues a lo mejor es de alguna forma que yo trato de aliviar un poquito lo que es la separación o sea, más que nada es escuchándola y atendiéndole sus necesidades básicas.

En cuanto a la orientación a los familiares de pacientes en etapa terminal si he pensado, que se tiene que hacer, es algo importante, yo creo que por lo menos en el tiempo que le queda a la paciente, o sea, uno si debe influir en darle orientación a los familiares, pero pues la verdad no lo hacemos, bueno a veces se trata en el hospital, para mi si es difícil entrar y a lo mejor, darle ánimos, respecto a su alimentación, que si están Recibiendo quimioterapia o radioterapia, etc.

Yo creo que muchas veces uno se rutiniza con las actividades del Hospital y pues también , o sea influye la forma en que es la paciente y la forma que es uno mismo.

	<p><i>Y la paciente a lo mejor quiere hablar con nosotras, yo si trato de acercarme porque por lo menos de escucharle yo tiendo mas a escuchar a las personas que a aconsejarlas ; siento que escuchándolas también en cierta forma alivian el dolor o lo que lleguen a sentir y esto pues a lo mejor es de alguna forma que yo trato de aliviar un poquito lo que es la separación o sea, más que nada es escuchándola y atendiéndole sus necesidades básicas.</i></p>
<p>Las necesidades emocionales y espirituales son más difíciles</p>	<p><i>Las necesidades principales son las espirituales y las emocionales, creo que son las más difíciles, pues otras son las físicas y explicarles de cierta forma acerca de su padecimiento , que a veces puedes hacer más por las personas y no lo haces.</i></p>
<p>Explicarles acerca de su padecimiento</p>	
<p>Necesitan más el acercamiento de sus familiares</p>	<p><i>Lo que yo pienso en general es que son personas que necesitan más el acercamiento de sus familiares, tu intervienes en ese acercamiento, porque generalmente las pacientes con Cáncer. son relegadas o apartadas si es común que llegan al hospital y ahí los dejan, lo que se necesita en el hospital es el acercamiento de sus familiares por lo menos debiera avisarse a Trabajo Social, para que siquiera acerque a sus familiares a que las visiten.</i></p>
<p>Generalmente las pacientes son relegadas ...</p>	

Estar preparados... influir
positivamente

Conocer más ...

Ponernos en el lugar de la
paciente y familiares ...

La enfermera muestra
desinterés, ignorancia y
deshumanización ...

Depende del trabajo la situación
y estado de las pacientes

El cuidado individualizado no
siempre se da ...

... yo solo la escucho.

*Yo creo que uno debe de estar más
preparado para influir positivamente en las
personas.*

*Yo pienso que nos hace falta
conocer mas acerca de la enfermedad, o sea,
ya ves que en la escuela de vez en cuando te
dan una platica de los padecimientos, los
conocemos así muy en términos generales,
también en términos generales lo de el
tratamiento, pero yo creo que a veces es falta
de interés , ponernos en el lugar de la
paciente y ponernos en el lugar de los
familiares.*

*Yo creo que la enfermera muestra
desinterés, ignorancia y deshumanización .*

*El trabajo es el que dice como una
realiza las actividades, no ve si es organizado
o a determinadas horas pero también
depende de cómo esté ese día y de la situación
o del estado de las pacientes.*

*Yo creo que el cuidado
individualizado si se da pero no siempre. Si
la persona quiere hablar yo solo la escucho.*

A lo mejor la evado

Lo que pasa es que si yo se que es paciente en fase terminal a lo mejor evado la pregunta.

Le temo a la muerte

Porque a lo mejor le temo a la muerte y no se que sentimientos tenga la otra persona en relación a eso, o sea, yo creo que ha de ser bien difícil.

Los valores y los sentimientos uno no puede dejarlos ...

Ante estos pacientes yo intentaría dejar de lado los valores y los sentimientos, de cierta forma uno no puede dejarlos o sea se siente. (La paciente muestra melancolía y llora).

La persona comienza a morir en el momento en que la diagnostican

Yo creo que una persona comienza a morir ya, en el momento que te diagnostican, yo creo que van a influir muchas cosas; ¿Se atendió a tiempo?, el estado emocional, todo eso influye.

A MANERA DE REFLEXION

Las actitudes siempre van a estar presentes en cada ser humano o manifestadas en determinadas conductas, y según la situación van a ser positivas o negativas.

El sentido positivo o negativo a su vez, va a depender de las formas en que se asuman las implicaciones cognitivas, afectivas, y axiológicas desde donde se configura toda actitud.

En el caso del cuidado de enfermería a pacientes con Cáncer en etapa terminal, la acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, debiera ejercerse en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás, dado que la enfermera se implica de manera ínter y transpersonalmente en el cuidado de estas pacientes.

Si se sostiene que el cuidado de enfermería debiera ser holístico y contextualizado en un sentido personal y humano, las actitudes constituyen un elemento sustantivo de la interacción enfermera paciente.

Para que este sentido holístico del cuidado responda a las necesidades de la paciente terminal, debe trascender el aspecto técnico-procedimental, de tal manera que la enfermera

contextualice este cuidado en un sentido amplio, es decir, con conocimientos y disposiciones éticas, psicológicas y culturales.

Con base a lo anterior, es posible considerar que las actitudes están estrictamente relacionadas con las acciones, en donde la actitud mas que determinante de la conducta se muestra en ella.

De esta manera, si se atiende al contexto o a situaciones particulares, tal como se ha visto en las actitudes de la enfermera ante el cuidado al paciente en etapa terminal, se asume que la actitud puede ser valorada y la conducta es susceptible de ser observada con indicadores específicos que aludan a diferentes dimensiones.

Además es importante señalar que las actitudes vistas desde un carácter multidimensional permiten mostrar los diferentes niveles de implicación de la enfermera, es decir lo cognitivo, lo valorico, lo afectivo y lo conductual y la complejidad de su experiencia, en relación a ella misma, al paciente, a los familiares y al equipo de salud.

En esta experiencia, no se puede dejar de lado que desde el momento en que la paciente conoce su padecimiento empieza la vivencia del proceso de morir es decir de hacer consciente su condición de finitud. Al igual la enfermera ante estas pacientes

incorpora su marco perceptual hacia esta situación, y el encuentro que se da entre ambas se traduce en actitudes que se expresan en acciones encaminadas al cuidado a través de formas de interacción diversas y singulares , según las características del encuentro.

Así mismo al ser el proceso de morir un fenómeno vital culturalmente interpretado, las actitudes van a mostrar una diversidad de disposiciones hacia el mismo, disposiciones que al ser valoricas,afectivas y cognitivas dota de múltiples significados al cuidado de enfermería desde donde ocurre el encuentro con estas pacientes.

V.- CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

Elección del tema.

En la experiencia como enfermeras el fenómeno de la muerte es algo cotidiano, sin embargo este fenómeno adquiere particularidades cuando se trata de pacientes terminales con cáncer propios de la mujer.

Una de las principales razones por las que se eligió el tema fue el hecho de observar que el trato que generalmente se les da a pacientes terminales con cáncer en estadios avanzados, por parte del personal de salud en muchos de los casos era despectivo, evasivo, agresivo, de rechazo.

Se tiene la idea y actitud que el trato humano a estas pacientes que cursan la etapa terminal. ya no hay mucho por ofrecerles, de ahí que el cuidado sea insuficiente, es decir deja sin atender la integridad de la paciente y se puede decir que es desfavorable al no atender a sus necesidades, de manera integral, a veces incluso negligente al omitir acciones necesarias en la atención a estas pacientes.

También llamó mucho la atención el incremento exagerado de pacientes que ingresaban al hospital con este padecimiento y sobretodo las edades de las mismas.

Por otro lado el sentirnos implicadas como mujeres-enfermeras ante la paciente terminal con cáncer, la experiencia se

vuelve compleja por diferentes aspectos, los cuales se traducen en inquietudes que en cierto momento nos impiden brindar una atención de calidad y sobretodo carente de calidez humana.

En un inicio se plantearon preguntas que hacían referencia a un problema practico, es decir, derivado de la experiencia con estas pacientes.

¿ Por que el trato hacia estas pacientes con cáncer en etapa terminal es diferente según cada enfermera y en cada situación?

¿ Como se puede mejorar el cuidado de enfermería hacia estas pacientes?

Al tratar de respondernos estas preguntas, se ubicaron diferentes factores:

Nos preguntábamos, ¿ El trato de la enfermera es debido a la situación de estrés que enfrenta?, ¿ La condición y deterioro físico de la paciente repercute en la atención que la enfermera le brinda? ¿La sobrecarga de trabajo hasta donde influye? ¿ El nivel de preparación, los conocimientos de la enfermera que tanto afectan el cuidado de la paciente? ¿Qué tanto la condición de mujer afecta el cuidado a estas pacientes?

A partir de esta ubicación del problema nos dimos cuenta que este se podía abordar desde diferentes aspectos y niveles, sin embargo para fines de este trabajo fue necesario delimitar el tema, orientándolo hacia el problema de las actitudes en la enfermera.

La construcción del problema de investigación.

Al orientar el tema al problema de las actitudes se inició un proceso difícil tanto de clarificación conceptual, como de carácter metodológico y empírico, ya que se tenía la exigencia de construir lo siguiente, **¿Cuándo se habla de actitudes a que se hace referencia?**

Con el propósito de clarificarnos lo anterior nos dimos a la tarea de buscar bibliografía y estudios de investigación que hicieran referencia al tipo de actitudes y en particular las actitudes de la enfermera ante la paciente en etapa terminal.

Otro elemento, difícil de clarificar en la construcción del problema de investigación fue el hecho de que se pretendía hacer una lectura desde la condición de género, lo cual al dar cuenta de que esto requería un abordaje analítico y conceptual específico se decidió solamente explorarlo y no que constituyera un nivel de análisis en el problema.

De esta manera, se plantea como pregunta de investigación:
¿ Cuales son las actitudes de la enfermera ante el cuidado de la paciente con cáncer en etapa terminal?

Para dar cuenta de esta pregunta, se decidió delimitar empíricamente el estudio de acuerdo a lo siguiente:

Que el estudio se orientará a mujeres con cáncer propios de la mujer, es decir, sin especificar el tipo de cáncer.

Delimitarlo al servicio de Gineco obstetricia del Hospital Central Doctor Ignacio Morones Prieto.

Que fuera un estudio exploratorio de carácter descriptivo, con el propósito de ampliar el marco de comprensión del fenómeno.

La construcción del problema trato de atender a la exigencia de que el planteamiento de la investigación quedara ubicado desde un enfoque disciplinar hacía la enfermería, es decir que aportara a la practica del cuidado ya sea en un plano conceptual o en un plano metodológico.

En la construcción conceptual del problema se considero como eje ordenador al cuidado como una categoría que implica, no solo un componente técnico instrumental sino además un

componente científico y humanístico. Así mismo, el cuidado se pensó desde la perspectiva del enfoque holístico en donde se concibe al ser humano como una persona dotada de singularidad y unicidad desde el punto de vista biopsicosocial.

Como elemento constitutivo del cuidado se construyó lo que se denominó relación enfermera paciente, para de ahí problematizar a las actitudes de la enfermera ante la paciente en etapa terminal.

De manera particular se recuperaron algunas consideraciones en torno a la discusión conceptual y metodológica acerca de las actitudes

Esto nos permitió construir a su vez indicadores y observables para dar cuenta metodológicamente de las actitudes en la experiencia de la enfermera ante la paciente en etapa terminal.

En lo que respecta a la construcción empírica del problema, tomando en cuenta que se trata de un estudio exploratorio, se decidió utilizar un paquete técnico conformado por dos instrumentos:

1.- Un cuestionario estructurado a través de preguntas cerradas y algunas abiertas, utilizando una escala de tipo nominal y ordinal, apoyándonos en la escala de Likert. En este instrumento también se les presentaron situaciones específicas que mostraban a partir del estado de la paciente las implicaciones de tipo cognitivo, afectivo, valórico y conductual y ante las cuales se le pedía a la enfermera seleccionara alguna de las opciones presentadas con el fin de identificar la conducta asumida.

En el diseño de este instrumento fue tomado como modelo un cuestionario utilizado en EE.UU, y en nuestro caso solo se consideraron algunas de las preguntas que hacían referencia a las actitudes en el plano cognitivo, valórico, afectivo y conductual adaptándolo de acuerdo a la perspectiva de nuestro estudio.

La aplicación del cuestionario con fines indagatorios nos permitió dar cuenta de la opinión de la enfermera acerca de su experiencia ante estas pacientes.

Para tal fin se efectuó un ejercicio de operacionalización de las actitudes a partir de tres indicadores con sus respectivas variables y observables, conformadas de la siguiente manera.

A) La dimensión cognitiva: Nivel y tipo de preparación, tiempo de ejercer la profesión, permanencia en el área y frecuencia con que atiende a estas pacientes, capacidad y nivel de información para atender a estas pacientes.

B) La dimensión afectiva - axiológica: Religión, ideas y creencias, concepción y percepción respecto a la muerte, sentimientos, disposiciones valoricas, condición de genero.

C) La dimensión conductual. Formas de comunicación, satisfacción de necesidades y toma de decisiones ante situaciones hipotéticas.

Otro de los aspectos explorados en el cuestionario fue lo relativo a expectativas y necesidades de formación y capacitación de la enfermera para la atención a la paciente con cáncer, además de las modalidades en que sería pertinente esta formación.

2.- Otro de los instrumentos que se diseñaron fue una guía de entrevista estructurada, a partir de preguntas abiertas y orientadas a la recuperación de la experiencia ante el proceso de la muerte y con pacientes en etapa terminal.

Entre los indicadores explorados se consideraron: La experiencia personal y profesional ante la paciente terminal, concepción y percepción acerca de la muerte y actitudes ante la muerte asumidas desde ella misma, ante la paciente y los familiares

Estrategia metodológica para el trabajo de campo.

En total se consideraron a 16 enfermeras que laboraban en el área de Gineco obstetricia del Hospital Central, independientemente de su nivel de preparación.

Posterior a la aplicación del cuestionario se eligieron a dos de las enfermeras, teniendo como criterio el tiempo de experiencia, es decir, una enfermera con poca experiencia y otra con mas de

cinco años de experiencia en este servicio. El propósito fue contrastar su marco actitudinal en el cuidado hacia estas pacientes.

La entrevista a diferencia del cuestionario nos permitió una mirada mas profunda acerca de las actitudes, ya que el cuestionario al ser una técnica de superficie solo nos muestra la distribución tendencial del fenómeno en términos de frecuencias, y la entrevista nos permite profundizar en las configuraciones cualitativas del fenómeno.

Una de las implicaciones en la entrevista fue que, al ser una experiencia nueva para nosotras, se presentaron limites para explorar mas a profundidad lo que nos proponíamos, debido a que en una de las entrevistadas se evadió la profundización que implicaban las preguntas, y en la otra, se recuperaba la experiencia personal con alto componente afectivo, lo que hizo que el encuentro fuera denso y desgastante para ella y las que realizaron la entrevista.

Se reconoce la pertinencia de esta técnica, sobre todo por el problema de investigación, ya que permite explorar a profundidad la experiencia, sin embargo tanto por las implicaciones que esto conlleva en el plano de la subjetividad se requiere que el investigador tenga mas recursos para alcanzar una mayor profundización y manejo metodológico de la misma, y de entrada se sabe que estos recursos solo se obtienen con el oficio, y en ese

sentido para nosotros represento un primer acercamiento a la técnica.

En cuanto al procesamiento de la información, se utilizo para el cuestionario, la tabulación manual de datos a través de paloteo y su concentración en matrices a partir del agrupamiento de indicadores.

Las técnicas de análisis consistieron en medidas de tendencia central y porcentajes, presentando los datos a través de gráficas de pastel diseñadas en el programa Microsoft Word 6.0

Respecto a la entrevista , después de su realización se procedió a su desgrabación textual, procesando la información a través de la configuración sintáctica (separación de párrafos, estructuración lógica de los mismos, depuración del texto) , respetando en la medida de lo posible la semántica , es decir el sentido y significado del texto.

Una vez que se realizo lo anterior se intento categorizar la experiencia a partir de las dimensiones respecto a las actitudes ya mencionadas.

Se apunta a una posible interpretación paradigmatica respecto a la concepción y percepción de la enfermera ante la experiencia con pacientes terminales.

ANEXOS

ANEXO I Gráficas 1 - 24

ANEXO II Configuración del Objeto de Estudio.

ANEXO III Instrumentos

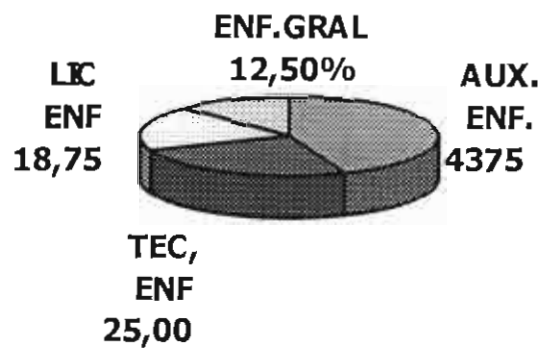
a) Cuestionario

b) Guía de Entrevista

ANEXO I

**PREPARACION CON QUE CUENTA LA ENFERMERA EN
EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

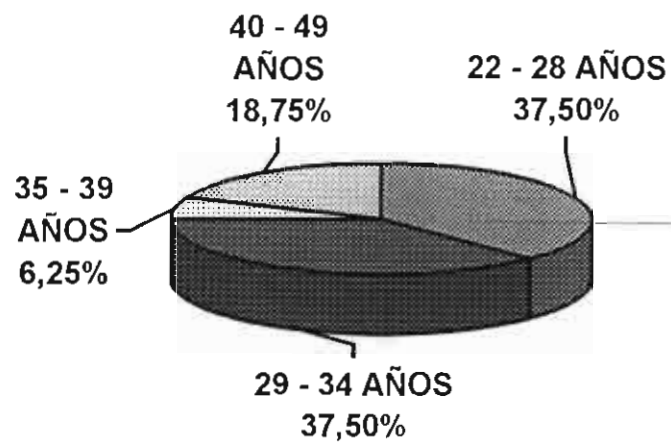
ANEXO 1



FUENTE: CUESTIONARIO

EDAD DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

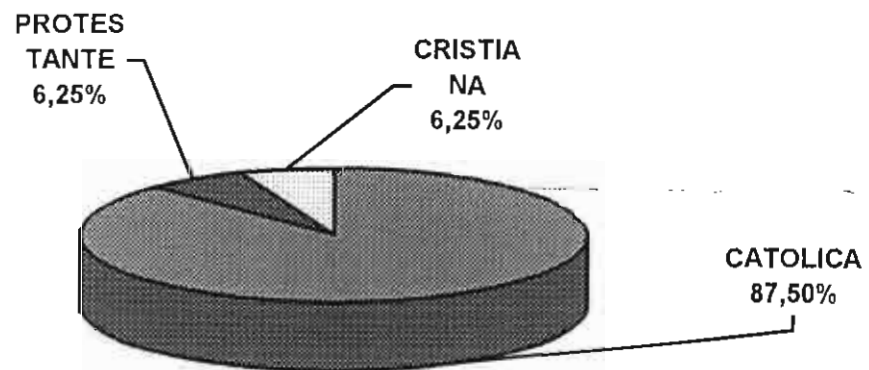
ANEXO 2



FUENTE DIRECTA

**RELIGION QUE PROFESAN LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**

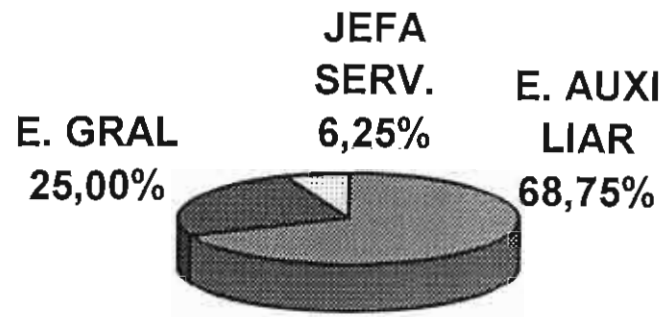
ANEXO 3



FUENTE DIRECTA

PUESTO ACTUAL QUE DESEMPEÑAN LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

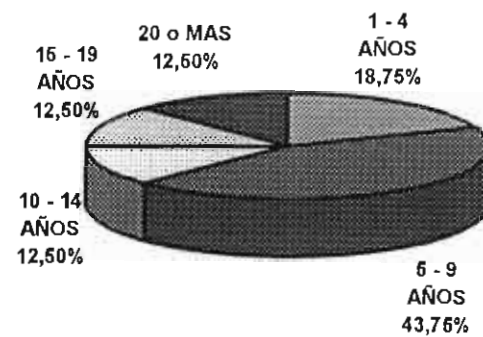
ANEXO 4



FUENTE DIRECTA

TIEMPO QUE TIENEN LAS ENFERMERAS DE EJERCER SU PROFESION EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

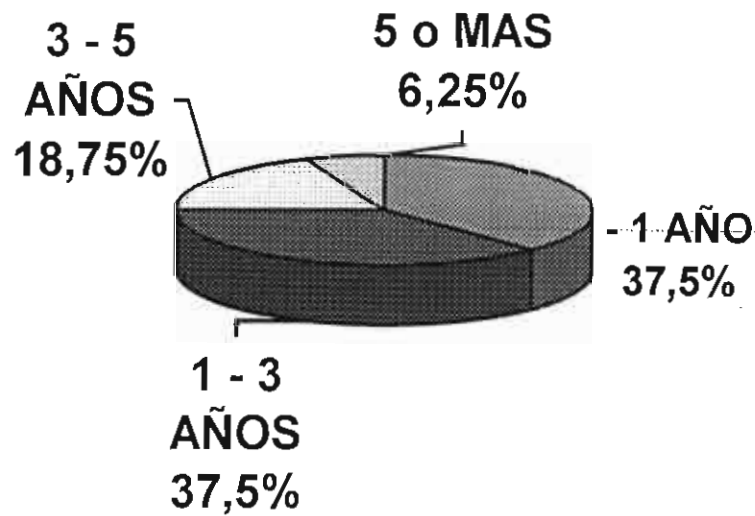
ANEXO 5



FUENTE: CUESTIONARIO

**TIEMPO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERIA
LABORANDO EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.**

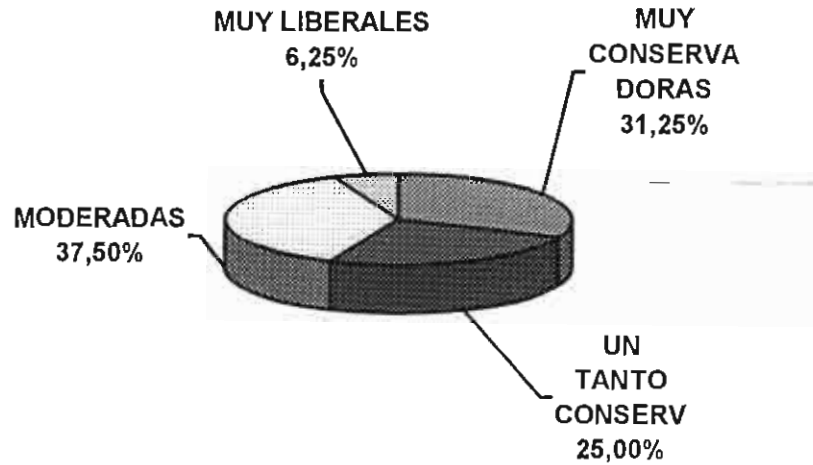
ANEXO 6



FUENTE: CUESTIONARIO

IDEAS Y CREENCIAS CON QUE CUENTA EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO".

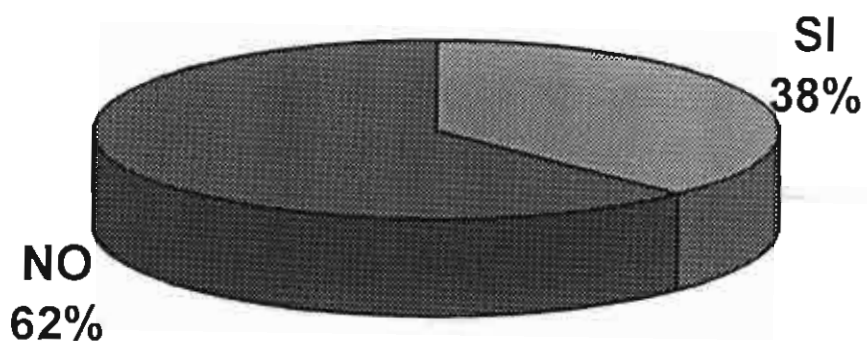
ANEXO 7



FUENTE DIRECTA

CAPACIDAD QUE TIENEN LAS ENFERMERAS PARA LA ATENCION A PACIENTES CON CaCu EN ETAPA TERMINAL EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

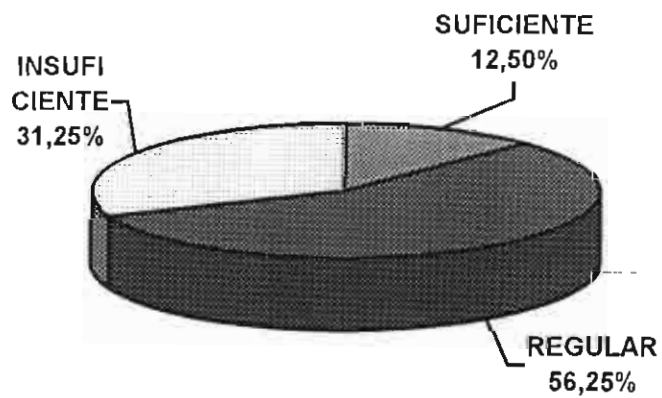
ANEXO 9



FUENTE DIRECTA

NIVEL DE INFORMACION CON QUE CUENTAN LAS ENFERMERAS PARA ATENDER A PACIENTES CON CaCu EN ETAPA TERMINAL EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

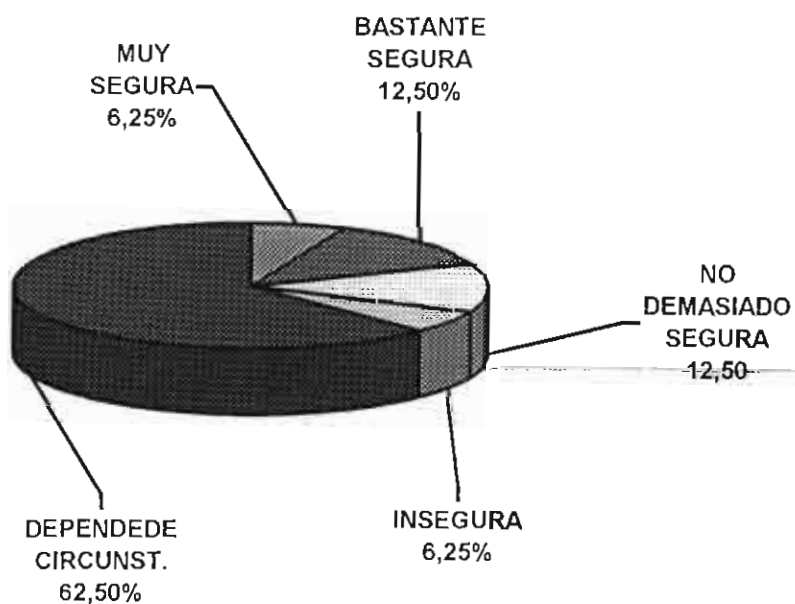
ANEXO 10



FUENTE DIRECTA

SEGURIDAD RESPECTO A LA CAPACIDAD QUE TIENEN LAS ENFERMERAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES AL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

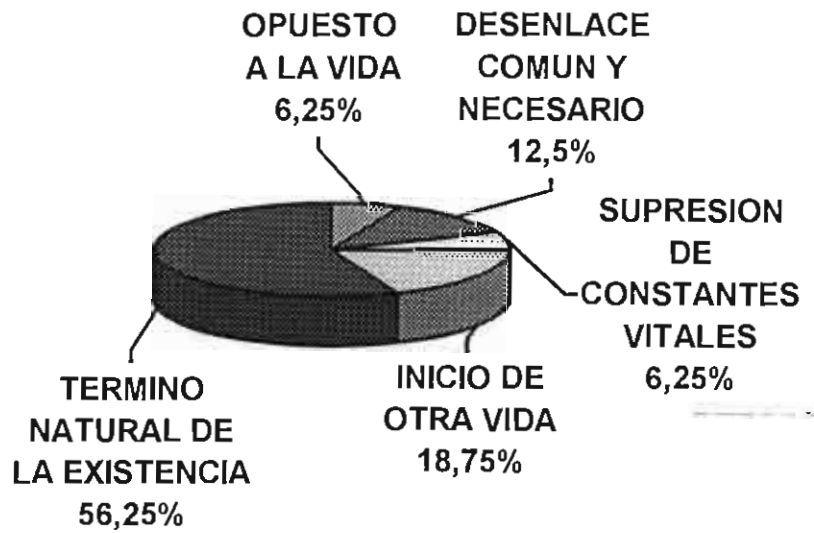
ANEXO 11



FUENTE DIRECTA

CREENCIAS Y CONCEPCIONES DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE.

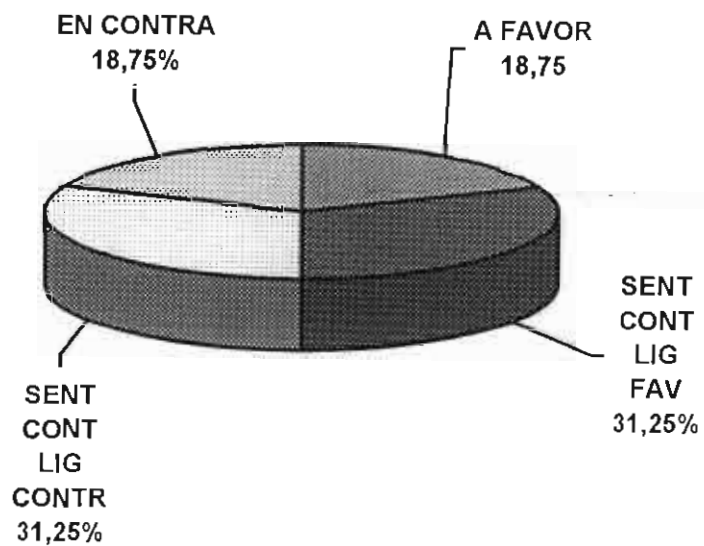
ANEXO 12



FUENTE: CUESTIONARIO

SENTIMIENTOS QUE GENERA EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA SUPRESION DE TODAS LAS MEDIDAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA A PACIENTES CON CaCu EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

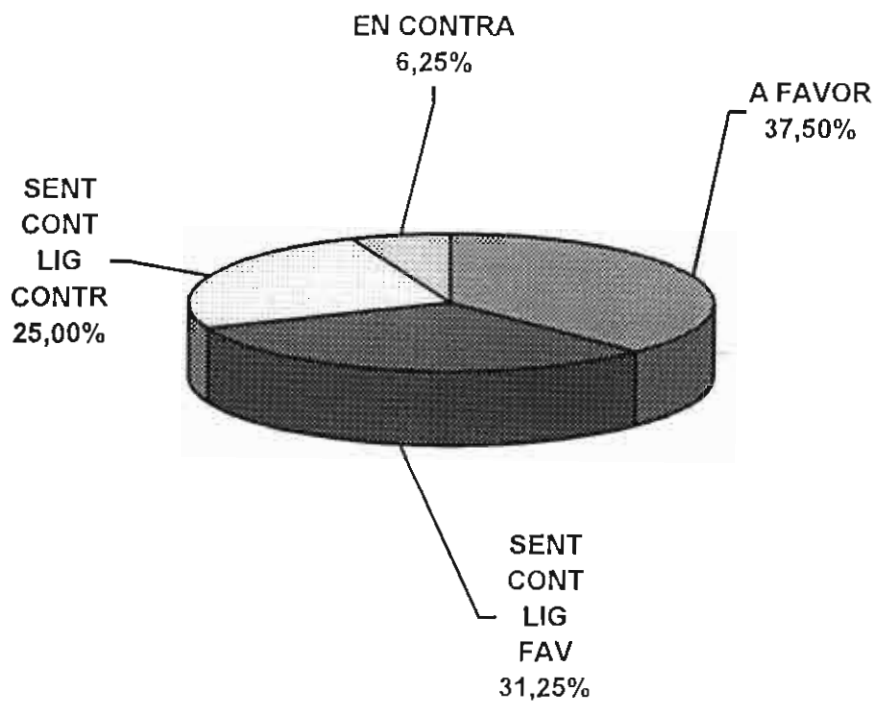
ANEXO 13



FUENTE DIRECTA

SENTIMIENTOS QUE GENERA EL PERSONAL DE ENFERMERIA CON RESPECTO A MANTENER VIVAS A LAS PACIENTES TERMINALES MEDIANTE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

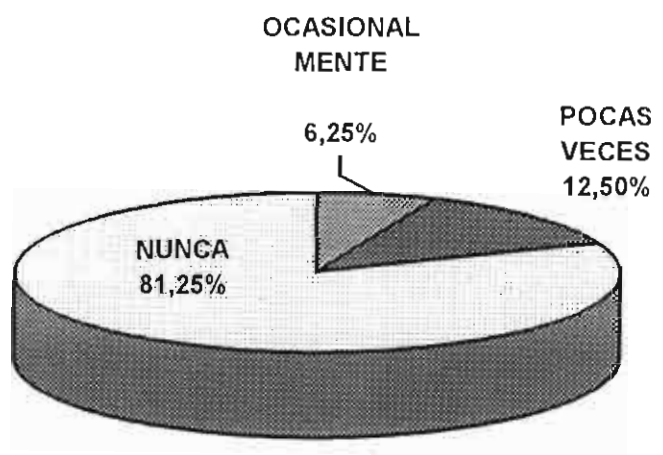
ANEXO 14



FUENTE DIRECTA

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE HA PARTICIPADO EN LA REANIMACION DEL PACIENTE CON CaCu QUE LO DEJEN MORIR, EN LA SALA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

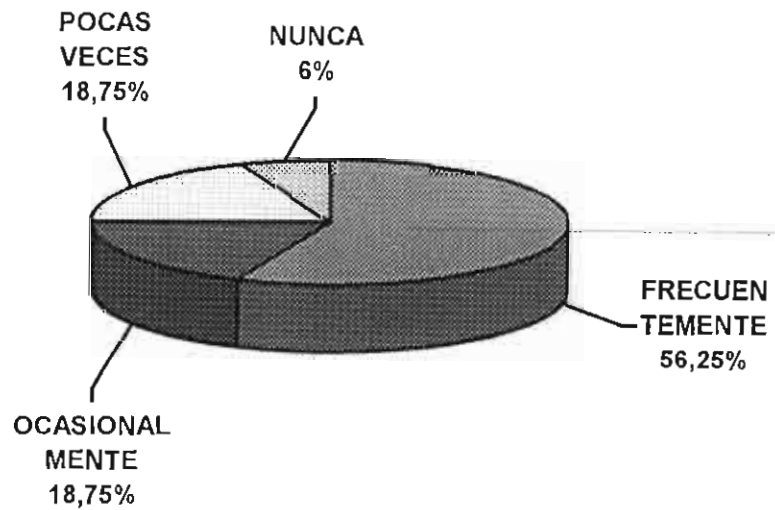
ANEXO 15



FUENTE DIRECTA

FRECUENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE GINECO OBSTETRICIA QUE HA TENIDO A SU CARGO A MUJERES CON CaCu EN ETAPA TERMINAL EN EL HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO".

ANEXO 17



FUENTE DIRECTA

FRECUENCIA CON QUE LA ENFERMERA SE SIENTE
DESANIMADA, DEPRIMIDA ENFADADA O SATISFECHA
AL BRINDAR CUIDADOS A PACIENTES CON CaCu.

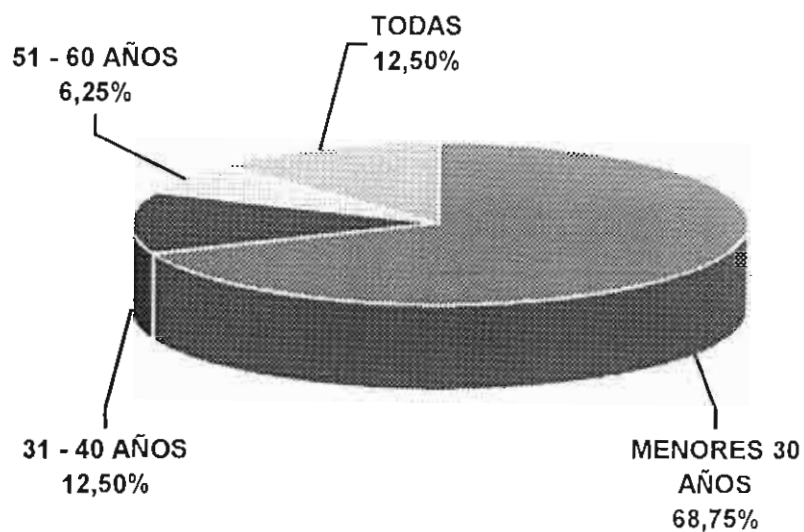
ANEXO 18

	DESANIMADA		DEPRIMIDA		ENFADADA		SATISFECHA	
FRECUENTEMENTE	4	25.00	4	25.00	—	—	5	31.25
OCASIONALMENTE	6	37.50	7	43.75	—	—	1	6.25
POCAS VECES	3	18.75	3	18.75	11	68.75	3	18.75
NUNCA	3	18.75	2	12.50	5	31.25	7	43.75
TOTAL	16	100.00%						

FUENTE DIRECTA

SENTIMIENTOS DE DEPRESION QUE SE GENERAN EN ENFERMERAS AL ATENDER A MUJERES CON CaCu DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD, EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL.

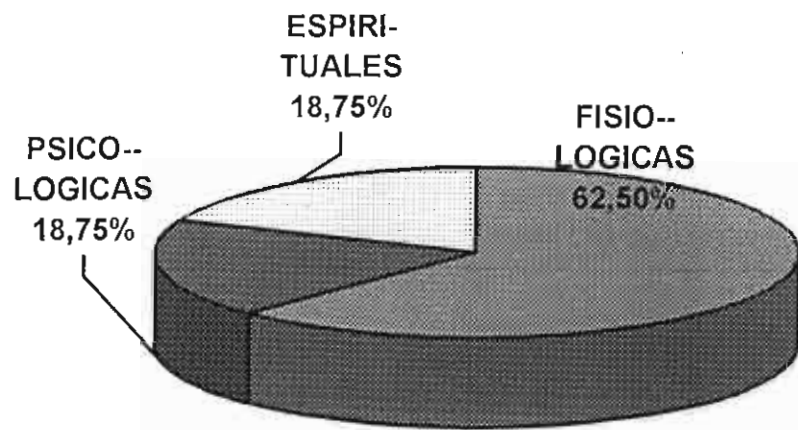
ANEXO 19



FUENTE DIRECTA

NECESIDADES QUE SATISFACE LA ENFERMERA EN CUANTO A LA ATENCION A PACIENTES EN ETAPA TERMINAL.

ANEXO 20



FUENTE: CUESTIONARIO

SENTIMIENTOS QUE SE GENERAN EN LA ENFERMERA ANTE DIFERENTES SITUACIONES EN SU EXPERIENCIA CON PACIENTES CON CANCER EN ETAPA TERMINAL.

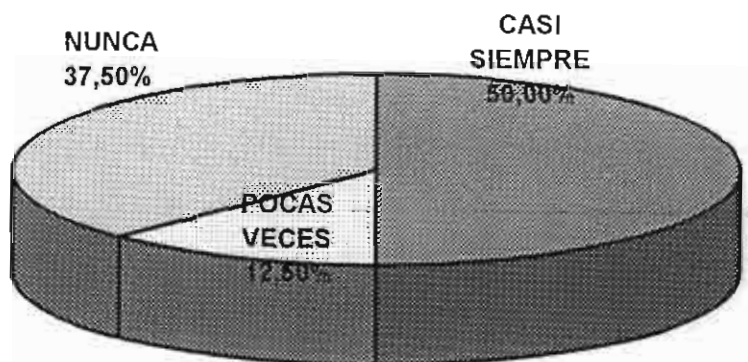
ANEXO 21

	TRANQUILIDAD Y SATISFACCION		FRUSTRACION E IMPOTENCIA		AGRESION E IRA	
CONSIGO MISMA	6	37.5	10	62.50	4	25.00
CON EL PACIENTE.	8	50.00	5	31.25	2	12.50
CON LA FAMILIA.	2	12.50	1	6.25	2	12.50
E. MULTIDISCIPLINARIO	0	0	0	0	8	50.00
TOTAL	16	100.00%				

FUENTE DIRECTA

FRECUENCIA CON QUE AFECTA LA CONDICION DE GENERO EN EL CUIDADO A PACIENTES TERMINALES CON CANCER.

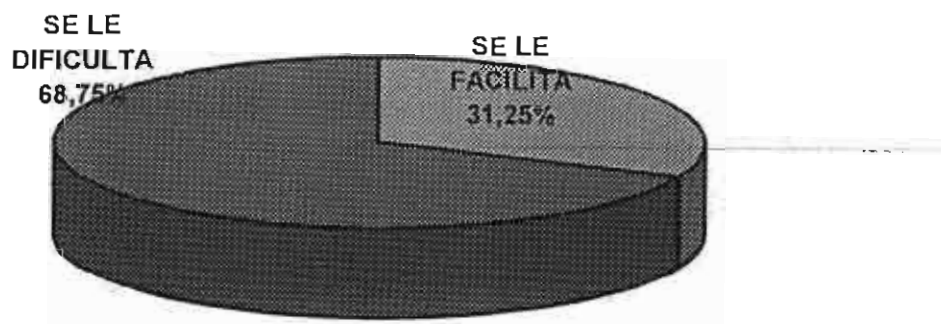
ANEXO 22



FUENTE DIRECTA

RECURSOS DE COMUNICACIÓN QUE POSEE LA ENFERMERA EN LA ATENCION A LA PACIENTE TERMINAL CON CANCER

ANEXO 23



FUENTE DIRECTA

SITUACION 1.

ANEXO 24

	No.	%
RESPETAR LA DIGNIDAD Y DERECHO A MORIR DE LA PACIENTE	2	12.50
SIGUE CON LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA-- HACIENDO CASO OMISO DE LA PACIENTE	6	37.50
SUSPENDE LA QUIMIOTERAPIA Y ALIVIA EL DOLOR FISICO POR MEDIOS QUIMICOS	0	0
SUSPENDE LA QUIMIOTERAPIA Y BRINDA APOYO ESTABLECIENDO UNA RELACION DE AYUDA CON-- ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL.	1	6.25
NOTIFICA AL EQUIPO DE TRABAJO Y A LOS FAMILIARES-- EL DESEO DE LA PACIENTE Y TOMAR UNA DECISIÓN -- CONJUNTA	7	43.75
TOTAL	16	100.00%

FUENTE CUESTIONARIO

SITUACION 2

ANEXO 24

	No.	%
PIENSA QUE ES INJUSTO LO QUE PASA A LA PACIENTE Y CONSIDERA NECESARIO QUE LE REALICEN UNA SEGUNDA INTERVENCION	6	37.50
CONSIDERA QUE DEBE ACTUAR DE INMEDIATO PARA EVITAR QUE AVANCE LA METASTASIS OCASIONANDO MAS DETERIORO	8	50.00
SE NIEGA A PARTICIPAR EN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS Y DEL MANTENIMIENTO DE VIDA DE LA PACIENTE A TRAVES DE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS.	0	0
DECIDE HABLAR CON LA PACIENTE SOBRE EL DERECHO QUE ELLA TIENE DE RECHAZAR EL TRATAMIENTO Y SUS IMPLICACIONES.	2	12.50
TOTAL	16	100.00%

FUENTE CUESTIONARIO

SITUACION 3

ANEXO 24

	No.	%
SE DEPRIME POR ESTA CONFESION PENSANDO QUE TAMBIEN A USTED LE PUEDE PASAR POR EL HECHO DE SER MUJER	2	12.50
SE REVELA ANTE LA SITUACION PENSANDO QUE ESTO ES INJUSTO PARA LA MUJER GENERÁNDOSE SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA Y FRUSTRACION.	7	43.75
CONSIDERA UN GRAN PROBLEMA LA SITUACION POR LA QUE ATRAVIESA SU PACIENTE YA QUE INDUDABLEMENTE AFECTARA LA RELACION INTIMA CON SU PAREJA.	1	6.25
EL PROBLEMA ES GRAVE YA QUE DEFORMA LA IMAGEN CORPORAL DE LA PACIENTE AL SUFRIR MASTECTOMIA.	6	37.50
TOTAL	16	100.00%

FUENTE CUESTIONARIO

ANEXO II

Con base a lo anterior, se puede llegar a las siguientes consideraciones:

Las actitudes siempre van a estar presentes en cada ser humano o manifestadas en determinadas conductas, y según la situación van a ser positivas o negativas.

El sentido positivo o negativo a su vez, va a depender de las formas en que se asuman las implicaciones cognitivas, afectivas, y axiologicas desde donde se configura toda actitud.

En el caso del cuidado en pacientes con Cancer en etapa terminal, la acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, debiera ejercerse en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás, dado que la enfermera se implica de manera inter y transpersonalmente en el cuidado de la mujer.

Si se sostiene que el cuidado de enfermería debiera ser holístico y contextualizado en un sentido personal y humano, las actitudes constituyen un elemento sustantivo de la interacción enfermera paciente.

Para que este sentido holístico del cuidado responda a las necesidades de la paciente terminal, debe trascender el aspecto técnico-procedimental, de tal manera que la enfermera contextualice este cuidado en un sentido amplio, es decir, con conocimientos y disposiciones éticas, psicológicas y culturales.

La actitud de la enfermera es el reflejo del trabajo que desempeña.

El cuidado que se brinda debe estar respaldado por un conocimiento , un alto grado de humanidad y certeza.

Una actitud solidaria, la seguridad por si misma, el conferir una esperanza, puede mover a la familia y al enfermo a la lucha por su existencia.

Es paradójico y al mismo tiempo indudable pensar que a este mundo se ha llegado solo sin embargo no es posible hacerlo solo sin la ayuda del otro.

Es relevante que en un área profesional los valores y sentimientos prevalezcan pero no permitir que imperen en esta misma.

El aspecto humanista y psicológico ha sido y debe seguir trascendiendo en la enseñanza al personal de enfermería y no solo el aspecto científico.

El ser humano necesita ser tomado en cuenta en todo momento y para todo,sobretudo aquel que adolece de algo.

Dentro del complejo y diverso del pensar humano existe una regla de oro respetar y mantenerse al margen.

Es importante desarrollar la empatía para favorecer la comunicación y una relación con el fin de lograr una actitud positiva reciproca.

14, 15) El irremediable fin de una vida no es aceptado, sin embargo debemos de estar preparados para tomarlo como una etapa mas de la vida.

SUGERENCIAS

El trabajo de investigación acerca de las actitudes que muestra la Enfermera ante el paciente con Cáncer en etapa terminal nos permitió dar cuenta de elementos necesarios para la realización optima de un cuidado holístico a nivel institucional, razón por la cual se ofrecen las siguientes propuestas para mejorar la calidad de atención.

El personal de Enfermería debe estar preparado profesionalmente, para ello debe poseer enseñanza especializada, sobre todo si están designadas a pacientes en fase terminal.

Una vez que se conoce como hay que tratar a estas pacientes se requiere además un área en donde se pueda llevar a cabo lo anteriormente mencionado "Un área específica", espacioso, ventilado, con buena iluminación, equipado tanto con medicamentos como con equipo adecuado, además de un área de recreación.

SESION DE ENSEÑANZA CONTINUA

MODALIDAD: Taller Vivencial

OBJETIVO: Genera espacios de Auto – Recuperación de la experiencia ante situaciones especifica en el cuidado al paciente en etapa terminal.

MOMENTOS:

ETAPA I

- Presentación Biográfica de las enfermeras participantes.
- Socialización de situaciones particulares relativas a experiencias ante pacientes en etapa terminal.
- Identificación grupal de aspectos axiológicos, afectivos y cognitivos, implicados en las situaciones socializadas.

ETAPA II

- Presentación por escrito de experiencias que se hayan presentado en su trayectoria profesional.
- Análisis de la experiencia a través de la interacción grupal.

ETAPA III

- Preparación y presentación de tópicos de actualización por las enfermeras participantes de acuerdo a necesidades identificadas colectivamente

Al respecto, las enfermera señalan algunos aspectos en los que consideran formarse para el cuidado de pacientes con cáncer en etapa terminal, por orden de importancia se mencionan los siguientes :

Cuidados específicos a pacientes en etapa terminal, elementos de bioética implicados en su atención, capacitación en cuidados paliativos, capacitación en quimioterapia.

Entre las modalidades de actualización señalan en orden de prioridad, que sea a través de talleres vivenciales para enfrentar situaciones reales, cursos cortos de actualización, y en menor proporción señalan la especialización.

En relación a la condiciones necesarias para que un hospital garantice un cuidado adecuado a este tipo de pacientes, refieren que en primer lugar cuente con personal calificado, que cuente con programas de cuidados paliativos, se tenga un área específica con las condiciones favorables a la estancia del paciente.

Con base a las opiniones de las enfermera mencionadas anteriormente, se considera que una de las formas pertinentes para favorecer una actitud terapéutica en el cuidado a la paciente en etapa terminal es a través de talleres vivenciales que re- conozcan la

experiencia de la enfermera ante estas pacientes en términos de las implicaciones cognitivas, valoricas y afectivas que ello conlleva.

ANEXO III

CUESTIONARIO

El presente cuestionario esta dirigido a personal de enfermería que tiene o ha tenido a su cuidado pacientes mujeres con cáncer en etapa terminal.

El propósito es conocer el tipo de actitudes que se encuentran presentes en el cuidado de enfermería ante este tipo de enfermas, pensando que las actitudes son inherentes al trato humano de enfermería.

La información que se proporcione será 100% confidencial y anónima .

Por su colaboración ¡ Gracias ¡

“Que lejanos estamos de leer en el cuerpo, el lenguaje del alma.”

R. DESCARTES

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE Y ELIJA LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE. COLOQUE EN EL RECUADRO LA OPCIÓN ELEGIDA.

1.- ¿Cuál es su nivel de preparación ?

1a.- Auxiliar de Enfermería.

2b.- Enfermera General.

3c.- Licenciatura en Enfermería.

4d.- Técnica en Enfermería.

5e.- Especialidad.

Si su respuesta fue el inciso “5e” mencione el área de Especialidad, y el año en que la realizó.

Nombre de la Especialidad: _____

Año en que la realizó: _____

2.- ¿ Qué edad tiene ?

1.- 17 a 22 años.

2.- 23 a 28 años.

3.- 29 a 34 años.

4.- 35 a 39 años.

5.- 40 a 49 años.

6.- 50 años ó más.

3.- ¿ Qué religión profesa ?

1. Católica.

2. Protestante.

3. Otra.

Especifique ¿Cuál ? _____

4.- ¿Cuál es su puesto actual de enfermería ?

1. Enfermera auxiliar.

2. Enfermera General.

3. Jefe de Servicio.

4. Lic. en Enfermería.

5.- ¿ Cuánto tiempo tiene de ejercer la profesión ?

1. 1 - 4 años.

2. 5 - 9 años.

3. 10 - 14 años.

4. 15 - 19 años.

5. 20 - más años.

6.- ¿ Cuánto tiempo tiene en el servicio de Gineco-Obstetricia específicamente en la atención a pacientes con Cáncer en etapa terminal ?

7.- ¿ Cómo calificaría sus ideas y creencias en general ?

1. Muy conservadoras.
2. Un tanto conservadoras.
3. Moderadas.
4. Un tanto liberales.
5. Muy liberales.

8.- ¿ Con qué preparación cuenta para atender a pacientes con
Cáncer en etapa terminal ?

1. Con la adquirida a través de la experiencia.
2. Cursos de actualización en Oncología.
3. Cursos de actualización en la atención al paciente en etapa terminal.
4. Todas las anteriores.
5. Ninguna de las anteriores.
6. Otros.

Especifique : _____

9.- ¿ Se considera usted capacitada para atender a este tipo de
pacientes con Cáncer en etapa terminal ?

1. Si _____
2. No _____

Especifique ¿Porqué? _____

10.- El tipo de información con que cuenta para atender a este tipo de pacientes, considera que es:

1. Suficiente.
2. Regular.
3. Insuficiente.
4. Nula.

11.- ¿ Cómo se siente de segura con respecto a su capacidad para satisfacer las necesidades de los pacientes moribundos ?

1. Muy segura.
2. Bastante segura.
3. No demasiado segura.
4. Insegura.
5. Depende de las circunstancias.

De acuerdo a la opción elegida explique: ¿ en qué aspectos ?

12.- ¿ Cómo considera a la muerte ? :

1. Lo opuesto a la vida.
2. Desenlace común y necesario.
3. La supresión de constantes vitales y cese de manifestaciones corporales.
4. El inicio de otra vida.
5. Termino natural de la existencia.
6. Una necesidad para mantener el equilibrio de la Naturaleza.

Explique ¿ porqué ? _____

13.- ¿ Cuáles son sus sentimientos sobre la supresión de todas las medidas, para el mantenimiento de la vida de las pacientes terminales que no la desean ?

1. A favor.
2. Sentimientos contrapuestos, ligeramente a favor.
3. Sentimientos contrapuestos, ligeramente en contra.
4. En contra.

14.- ¿ Cuáles son sus sentimientos con respecto a mantener vivas a las pacientes terminales mediante medidas extraordinarias por cualquier razón ?

1. A favor.
2. Sentimientos contrapuestos, ligeramente a favor.
3. Sentimientos contrapuestos, ligeramente en contra.
4. En contra.

15.- ¿ A participado alguna vez en la reanimación de un paciente terminal que ha suplicado a todo el mundo que le dejen morir ?

1. Muchas veces.
2. Ocasionalmente.
3. Pocas veces.
4. Nunca.

16.- Si es así, ¿Cuál fue su principal motivo ?

1. Actuar en el mejor interés del enfermo.
2. Protegerse a Usted misma legalmente.
3. Evitar conflictos con el Médico y la Administración del Hospital.
4. Otras. Especifique : _____

¿ Cuáles ? _____

17.- ¿Con que frecuencia ha tenido a su cargo mujeres con cáncer en etapa terminal?

1. Frecuentemente
2. Ocasionalmente
3. Pocas veces
4. Nunca

18.- ¿ Con qué frecuencia el cuidado de una mujer con Cáncer en estado terminal hace que se sienta:

Desanimada ?	Deprimida ?	Enfadada ?	Satisfecha y Plena
1. Frecuentemente. <input type="checkbox"/>	1. Frecuentemente. <input type="checkbox"/>	1. Frecuentemente. <input type="checkbox"/>	1. Frecuentemente. <input type="checkbox"/>
2. Ocasionalmente. <input type="checkbox"/>	2. Ocasionalmente. <input type="checkbox"/>	2. Ocasionalmente. <input type="checkbox"/>	2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/>
3. Pocas veces. <input type="checkbox"/>	3. Pocas veces. <input type="checkbox"/>	3. Pocas veces. <input type="checkbox"/>	3. Pocas veces. <input type="checkbox"/>
4. Nunca. <input type="checkbox"/>	4. Nunca. <input type="checkbox"/>	4. Nunca. <input type="checkbox"/>	4. Nunca <input type="checkbox"/>

19.- ¿ En el caso de mujeres con Cáncer que ha tenido a su cuidado, quienes le generan más sentimientos de depresión ?

1. Menores de 30 años.
2. 31 - 40
3. 41 - 50
4. 51 - 60
- 5.- Más de 60

¿Porqué? _____

20.- ¿ Cuáles son las necesidades que usted satisface en este tipo de pacientes?
enumere en orden de importancia del 1 al 5?

1. Fisiológicas. (Oxigenación, Eliminación, Dolor, Alimentación) ()
2. Psicológicas. (Seguridad, Autoestima, Autoconcepto) ()
3. Seguridad Física. ()
4. Bienestar y confort. ()
5. Espirituales. ()

21.- ¿Que sentimientos le genera el tomar ciertas decisiones en cuanto al cuidado
de mujeres con Cáncer en etapa terminal? :

1.- Tranquilidad y Satisfacción.

- a. Consigo misma.
- b. Con la paciente.
- c. Con los familiares.
- d. Con el Médico y/u otros profesionales del equipo de salud.

2. Frustración e impotencia.

- a. Consigo misma.
- b. Con la paciente.
- c. Con los familiares.
- d. Con el Médico y/u otros profesionales del equipo de salud

3. Agresión e ira.

- a. Consigo misma.
- b. Con la paciente.
- c. Con los familiares.
- d. Con el Médico y/u otros profesionales del equipo de salud

22.- ¿ Piensa que su condición de enfermera-mujer afecta el tipo de cuidado que le brinda a la paciente con Cáncer en etapa terminal ?

1. Casi siempre.

2. Ocasionalmente.

3. Pocas veces.

4. Nunca.

Especificar ¿ porqué ?:

23.- ¿En relación al tipo de comunicación cuales son las actitudes que se generan con la paciente con cáncer en etapa terminal?

1.- Se le facilita establecer comunicación con la paciente tanto de manera verbal como no verbal.

2.- Se le dificulta establecer comunicación verbal con la paciente, sin embargo muestra interés por su situación y estado de animo a través de la comunicación no verbal .

3.- Solo es capaz de establecer comunicación verbal dificultandose la comunicación no verbal.

4.- Se le dificulta establecer comunicación con la paciente tanto de manera verbal como no verbal.

Según su respuesta explique ¿porqué? _____

24.- Ante las siguientes situaciones hipotéticas mencione ¿Cuál sería su actuación? :

24.1 Situación 1.-

Se trata de paciente mujer que cursa fase terminal por Cáncer Cervico-Uterino, la paciente refiere mucho dolor, actualmente se le esta administrando quimioterapia, ella le pide que se le suspenda el tratamiento pues sufre mucho y su deseo es que se le deje morir. ¿ Usted que hace ?

1. Respetar la dignidad y derecho a morir de la paciente.
2. Seguir con la administración de Quimioterapia haciendo caso omiso de la petición.
- 3.- Suspende la Quimioterapia y alivia el dolor físico por medios químicos.
4. Suspende la Quimioterapia y brinda apoyo psicológico, estableciendo una relación de ayuda con acompañamiento espiritual.
- 5.- Notifica al equipo de trabajo y a los familiares el deseo de la paciente y tomar una decisión conjunta.

24.2 Situación 2.-

La paciente que esta a su cuidado presenta Cáncer en etapa terminal, con Metástasis a órganos contiguos, fue sometida a Histerectomía y actualmente se valora Mastectomía bilateral.



1. Piensa que es injusto lo que le pasa a la paciente y considera innecesario que le realicen la intervención.
2. Considera que debe actuar de inmediato para evitar que avance la Metástasis y ocasione más deterioro de la paciente..
3. Se niega a participar en las medidas correctivas y del mantenimiento de vida de la paciente a través de medidas extraordinarias.
4. Decide hablar con la paciente sobre el derecho que ella tiene de rechazar el tratamiento y sus implicaciones.

24.3 Situación 3

La paciente a su cargo se muestra deprimida y pasiva ante los cuidados de enfermería, usted quiere establecer una relación de ayuda e intenta comunicarse con la paciente, ella le confía que su estado de ánimo es debido a la pérdida de su Mama izquierda producto de la Mastectomía realizada, ante esto usted:

1. Se deprime por ésta confesión pensando que también a usted le puede pasar por el hecho de ser mujer.
2. Se rebela ante la situación pensando que esto es injusto para la mujer, generándose sentimientos de impotencia y frustración.
3. Considera un gran problema la situación por la que atraviesa su paciente, ya que indudablemente afectará la relación íntima con su pareja.
4. El problema es grave, ya que deforma la imagen corporal de la paciente al sufrir Mastectomía.

25.- ¿Que aspectos considera deben existir en el hospital donde usted labora para mejorar el cuidado del paciente con cáncer en etapa terminal?:

1. Que exista un programa de cuidados paliativos al paciente en etapa terminal
2. Comité de Bioética.
3. Personal calificado en el cuidado de este tipo de pacientes
4. Área física específica para manejar este tipo de pacientes.

26.- ¿Que tipo de preparación considera necesaria para mejorar el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal?.

1. Cursos cortos de actualización
2. Talleres vivenciales para enfrentar situaciones reales
3. Diplomados
4. Especialidad
5. Otros Especifique ¿cual? : _____

27.-¿ En que aspectos necesita formarse para atender a este tipo de paciente?

1. Capacitación en cuidados paliativos
 2. Capacitación en quimioterapia
 3. Cuidados a paciente oncológico
 4. Cuidados a paciente en etapa terminal
 5. Bioetica
 6. otros
- Especificar ¿cuales? _____
- _____
- _____

¡¡GRACIAS!!

FECHA

NO. DE CUESTIONARIO

ENCUESTADORA RESPONSABLE

ENTREVISTA

Guía De Entrevista A Profundidad

Tema : Actitudes de la enfermera ante el cuidado de la paciente en etapa terminal.

Objetivo: Conocer la experiencia de la enfermera ante el cuidado de la paciente en etapa terminal.

Identificar el lugar de los valores, los sentimientos, las creencias en las actitudes de la enfermera y como estas traducen un trato humano en la relación enfermera- paciente.

Ejes temáticos - reflexivos:

I. La experiencia ante la paciente en etapa terminal.

1.- ¿Con que frecuencia ha tenido a su cargo pacientes moribundos?

2.- ¿Cual ha sido la experiencia que mas le ha impactado el servicio de gineco-obstetricia?.

3.- ¿Que sentimientos se le han generado con las pacientes de cáncer?

II. El valor de la vida.

- 1.- ¿Cuando se enfrenta a la situación del proceso de la muerte, como vive la situación?
- 2.- ¿Que piensa acerca de la muerte?
- 3.- ¿Usted como reacciona ante pacientes que saben que están en etapa terminal?.
- 4.- ¿Usted le teme a la muerte?
¿Por qué?
- 5.- ¿Ha vivido personalmente la experiencia de la muerte de un ser querido?

III. Que sensación se le genera, cuando su paciente es mujer y esta joven, y ha sido sometida ha histerectomía y/o mastectomía.

- 1.- ¿Usted como mujer, que piensa de este padecimiento, de esta situación?
- 2.- ¿Usted como ha visto que actúa la enfermera con las pacientes con cáncer en etapa terminal?
- 3.- ¿Cuales serian los aspectos éticos que se pasan por alto cuando se atiende a este tipo de pacientes?
- 4.- ¿Que experiencia ha tenido respecto a la reanimación de pacientes, cuando estos cursan la etapa terminal?

5.- ¿Si se sometiera a una paciente a la decisión de prolongarle la vida artificialmente aun cuando su muerte es inminente usted que haría?

6.- ¿Si se sometiera a una paciente a la decisión de intrrumpirle la vida aun sabiendo de su muerte inminente, usted que haría?

IV. Fortalezas y debilidades

1.- ¿Con que fortalezas cuenta usted para enfrentar la situación de atender a pacientes en etapa terminal?

¿Como las adquirió?

2.- ¿En que aspectos considera debe fortalecerse más, para el cuidado de estas pacientes?.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- NIGHTINGALE Florencia citada en: Martínez Benitez María Matilde et. al Sociología de una profesión, el caso de Enfermería.
- 2.- HENDERSON Virginia, citada en: Definición de la Enfermería. Modelos y Teorías de la Enfermería. Henderson, V. (1966).
- 3.- Concepción que hace referencia al cuidado de enfermería en el programa del curso complementario de licenciatura. UASLP.
- 4.- ALLPORT citado en ORTEGA Ruiz Pedro. La Investigación en la formación de actitudes: Problemas, Metodológicos y Conceptuales.
- 5.- AJZEN Y FISHBEIN citado en ORTEGA Ruiz Pedro. La Investigación en la formación de actitudes: Problemas, Metodológicos y Conceptuales.
- 6.- CORTINA Adela citado en : Los retos de la ética aplicada. Ética aplicada y democracia radical tecnos 2ª. Ed. España 1997
- 7.- INTERNET. MOHAR Alejandro, Convoca La SSA Al Sector Académico Para Poder Enfrentar Eficientemente El Cáncer Cervicouterino.
- 8.- Estadísticas reportadas por INEGI en 1998
- 9.- Censo Anual de la SSA con respecto al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" año 1997

- 10.- OREM Dorothea, Teorías del Déficit de Autocuidado.
Citado en :Modelos y teorías de la enfermería. 1996
- 11.- NEWMAN A. Margaret, Modelo de Salud, Teorías de Enfermería a Nivel Medio. (1983) citado en: Modelos y técnicas de la enfermería.
- 12.- WYER citado en : ORTEGA Ruiz Pedro. La Investigación en la formación de actitudes: Problemas, Metodológicos y Conceptuales.
- 13.- ROCKEACH citado en: ORTEGA Ruiz Pedro. La Investigación en la formación de actitudes: Problemas, Metodológicos y Conceptuales.
- 14.- LIKERT citado en: ORTEGA Ruiz Pedro. La Investigación en la formación de actitudes: Problemas, Metodológicos y Conceptuales.
- 15.- BLUM. I. Milton & James C. Naylor. Psicología Industrial. Ed. Trillas 1996.
- 16.- LEHNINGER Albert L., Bioquímica, Cap. 30 Relaciones Recíprocas entre los órganos en el metabolismo. Ed. Omega S.A. 7ª. Reimpresión Nov. 1983.
- 17.- Revista MUY INTERESANTE. Ed. Eres S.A. de C.V. España 1995.
- 18.- LOPEZ Imedio Eulalia, Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed. Medica Panamericana. Madrid España. Abril 1998.
- 19.- ORTIZ Quezada Federico IX Teorías sobre la

Muerte. Revista Médico Moderno No.6 Febrero de 1995. Año XXX.

20.- HERRERA Ibañez Alejandro. Eutanasia, Revista Medico Moderno No.7 Marzo 1996, año XXXIV.

21.- FERRATER Mora José. El ser y la muerte. Alianza ed. S.A. Madrid 1988.

