



Universidad Nacional de Cuyo.

Escuela de Enfermería.

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

TESINA

“CUIDADOS PSICOEMOCIONALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO”

Hospital Antonio. J. Scaravelli

AUTORES: Araya, Cinthia, Yanina

Veras, Yamila, Belén.

Mendoza, Febrero de 2017

“<El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESUMEN

TEMA: "CUIDADOS PSICOEMOCIONALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO"

AUTORES: Araya, Cinthia; Veras, Yamila.

LUGAR: Servicios de Clínica, Cirugía y Unidad de cuidados Intensivos del Hospital A. Scaravelli, durante el mes de noviembre de 2016, Tunuyán Mendoza.

El presente trabajo fue realizado con el objetivo de investigar sobre los cuidados que brindan el personal de enfermería a pacientes oncológicos, del Hospital Scaravelli de Tunuyán en la provincia de Mendoza, considerando factores que intervienen en la relación de enfermeros y pacientes, junto con su entorno. Sabiendo de antemano los procesos que integran el comportamiento de dichos pacientes a nivel psicológico y emocional, valorando los conocimientos generales que debe tener cualquier enfermero que preste servicios a pacientes con patología oncológica.

OBJETIVOS: Identificar si los enfermeros en estudio poseen los conocimientos y técnicas necesarias para brindar cuidados psicoemocionales a los pacientes oncológicos internados, técnicas que utiliza enfermería, conocer si el personal de enfermería recibe capacitación en la atención integral del paciente oncológico y por ultimo identificar aspectos que influyen en los cuidados psicoemocionales.

CONCLUSIONES: los auxiliares de enfermería son los que aplican las técnicas de cuidados a pesar de no tener los conocimientos, mientras que los licenciados en enfermería tienen el mayor porcentaje en conocimiento, pero el menor en aplicación de técnicas de cuidado.

PALABRAS CLAVES: "enfermera, paciente oncológico, cuidado Psicoemocional.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y laborioso como es el de una tesis, surge inevitablemente un análisis de la magnitud del aporte que tienen todos aquellos que sin ellos hubiese sido imposible, personas e instituciones que han facilitado lograr nuestro objetivo.

Primero, agradecer a nuestras familias por el apoyo, aliento y respeto por aquellos momentos en donde la ausencia fue más notable y que, sin duda, no lo hubiésemos logrado si no fuese por ellos, nuestro motor para seguir luchando.

Al Dr. Fernández Lázaro, Médico Oncólogo y Jefe encargado de la Liga de Lucha contra el cáncer del Departamento de Tunuyán, una persona que, además de tener los conocimientos actuales sobre el tema, es un ser humano con compromiso y dedicación a la mejora de calidad de vida del ser humano en una de las etapas más difíciles. Gracias por su ayuda, paciencia y aportes a esta investigación.

Gracias a nuestros compañeros y colegas del Departamento de enfermería del Hospital Scaravelli, por su respeto, dedicación y confianza en nosotros.

Gracias a la Lic. en Lengua y literatura Eugenia Roman, por sus aportes y conocimientos, en redacción y normas esenciales para el formato de esta tesis.

A nuestras tutoras, la Lic. María Elena Fernández Salgado, la Lic. Ana Inés Fernández, al Profesor Bioq. Marcos Gai y a la Profesora Titular Lic. María Rosa Reyes, gracias por su dedicación, guía y por ofrecernos sus conocimientos para mejorar profesionalmente.

No ha sido un camino sencillo, pero gracias al apoyo de cada uno de ellos, a su amor, bondad y dedicación, lo complicado se ha hecho menos notable.

Gracias a todos...

ÍNDICE

RESUMEN	III
PRÓLOGO	IX
CAPÍTULO I	- 1 -
PLANTEO DEL PROBLEMA	- 4 -
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	- 6 -
JUSTIFICACIÓN.....	- 7 -
OBJETIVO GENERAL	- 9 -
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 9 -
CAPÍTULO II	- 10 -
MARCO TEÓRICO	- 10 -
El cuidado.....	- 11 -
Paciente.....	- 12 -
Hablar de muerte	15
El proceso de duelo	17
Atención al paciente terminal desde la perspectiva enfermera.....	21
Cuidados paliativos.....	24
Competencias de enfermería en cuidados paliativos.....	26
Proceso de enfermería en cuidados paliativos	27
La comunicación de la enfermera con el paciente terminal y la familia	29
Técnica de reestructuración cognitiva en el paciente oncológico	29
Counseling y cuidados paliativos	32
Consideraciones éticas y bioéticas.....	35
CAPÍTULO III	40
DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
TIPO DE ESTUDIO.....	41
AREA DE ESTUDIO	42

UNIDAD DE ANÁLISIS	42
UNIVERSO Y MUESTRA	42
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	43
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	43
VARIABLES DE ESTUDIO	43
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	51
TABLAS Y GRÁFICOS	53
TABLA N°1: Número de profesionales en estudio según “sexo”. Hospital Antonio J. Scaravelli, Tunuyán, Noviembre de 2016.	53
TABLA N°2: Clasificación de profesionales según “edad”. Hospital Antonio J. Scaravelli, Tunuyán, Noviembre de 2016.	54
TABLA N° 3: Clasificación de profesionales según “Título habilitante”	55
TABLA N°4: Clasificación según “aplicación de técnicas de cuidados psicoemocionales”	56
TABLA N°5: Representación de profesionales encuestados según la “frecuencia de técnica de cuidados psicoemocionales”	58
TABLA N°6: Relación entre aplicación de “cuidados psicoemocionales y título habilitante” del equipo de enfermería encuestado.	59
TABLA N°7: “Conocimiento del personal de enfermería acerca de los derechos del paciente oncológico”	60
TABLA N°8 Relación entre “Titulo- aplicación de técnicas de cuidado y conocimiento” del personal de enfermería.....	62
Tabla N°9: Clasificación del equipo de enfermería según “han recibido capacitación integral en atención del paciente oncológico”	63
TABLA N° 10: Relación según “factores” que afectan y/o influyen en la aplicación de cuidados de enfermería en el paciente oncológico.	64
CAPITULO IV	65
RESULTADOS.....	66

CONCLUSIÓN	68
PROPUESTA Y RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXO.....	73

PRÓLOGO

En la actualidad, el cáncer es el causante de más del 50% de las muertes a nivel mundial, se ha transformado en una realidad que nos involucra a todos como sociedad, además es nuestra responsabilidad como pertenecientes al medio sanitario dar las herramientas para transformar esta realidad, debido a que esta dolencia es prevenible y tratable.

La atención a personas con cáncer en los hospitales, cada día es llevada a cabo por profesionales que intervienen en las diferentes áreas de la salud, debido a esto, se cree necesario la investigación constante y la capacitación de los actores principales.

Se trata de formar un grupo de lucha contra este fenómeno para así lograr disminuir esta cifra.

Hoy el cáncer ya no es sinónimo de muerte, el avance de la investigación ha logrado aumentar la probabilidad de curación o de convivir con la enfermedad.

Esta investigación fue realizada con un firme propósito, descubrir la forma en cómo nuestro sistema de salud, especialmente enfermería, aborda y realiza las tareas de cuidado a los pacientes con cáncer, logrando así encontrar el punto donde se necesita poner más énfasis.

Y es así que, se cree necesario mejorar, tanto la calidad de vida de los pacientes, como la calidad en atención que se brinda durante esta enfermedad.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La enfermería del siglo XXI se enfrenta a grandes retos, sabemos que aún es una disciplina en crecimiento y desarrollo, pero tiene en claro que, a medida que las necesidades de salud se hacen más exigentes, su misión es brindar cuidados de calidad, sobre todo, en aquellos pacientes que se encuentran atravesando una enfermedad oncológica, donde su principal preocupación es el bienestar biológico, psicológico y social.

La OMS, basándose en la pirámide de Maslow, esboza que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas, necesitan de seguridad; buscar en quien apoyarse, la sensación de pertenencia; demostrar que son útiles y que forman parte de un grupo, recibir afecto y contacto humano. Agradecen compasión y aceptación de los demás a pesar de los cambios psíquicos y físicos que sufren.

La atención de enfermería al paciente oncológico debe ser especial, por el tipo de paciente y la situación de vida a la que se enfrenta éste y su entorno familiar, la enfermera en su relación de ayuda, como técnica para dar aliento y consuelo, debe mantener un balance perfecto entre lo humanístico y lo científico, con el propósito de promover una conducta adaptativa, para superar y/o sobrellevar dicha situación, mejorar la calidad de vida y garantizar una muerte digna.

El manual de enfermería oncológica del Instituto Nacional del Cáncer establece que “el recurso humano en enfermería se ubica en la primera línea de cuidados y su desempeño debe ir acompañado de conocimiento, el desarrollo de habilidades y la vocación de servicio”.

La presente investigación trata de determinar si los enfermeros, de los servicios de Clínica, Cirugía y Unidad de cuidados Intensivos del Hospital Antonio J. Scaravelli del departamento de Tunuyán de la provincia de Mendoza, poseen los conocimientos y aplican técnicas de cuidado psicoemocional en el paciente oncológico, y además, determinar factores que según los mismos actores consideran negativos en la atención integral del paciente y su familia.

La investigación se presenta en tres capítulos. En el capítulo I, se ubica el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivo general y objetivos específicos. El capítulo II, está conformado por el marco teórico, que incluye conceptos básicos como el de cuidado, paciente terminal,

duelo y muerte. Luego, la atención del paciente terminal desde la perspectiva enfermera, bases teóricas, técnicas de cuidado psicoemocional y para finalizar concepciones ético-legales de la temática en estudio. El capítulo III, presenta el diseño metodológico: material y métodos que incluye tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV, conclusiones, recomendaciones y propuestas de mejora. Adicionalmente, se agregan las referencias bibliográficas, bibliografía y los anexos.

El presente estudio será un canal para detectar debilidades y fortalezas en la atención del paciente oncológico con el objetivo de mejorar en una segunda etapa, la calidad de atención, la mejora en el desempeño de la enfermería como profesión, pero fundamentalmente para brindarle al paciente oncológico la contención psicológica, emocional, una luz de esperanza y ayuda para atravesar una de la peores situaciones, la de esperar irremediamente la muerte.

A continuación, lo invitamos a reflexionar sobre la frase de Albert Jovell, doctor en salud pública y enfermo de cáncer:

“...los pacientes queremos que nos cuiden, yo ya acepto que no me curen, pero me costaría aceptar que no me van a cuidar. Nada enseña más que sentir que te queda poco tiempo de vida.” España (Abril de 2006).¹

¹ JOVELL, A. “cuando el medico es paciente” biblioteca Josep Laporte, 115 de junio 2004.barcelona.españa.

TEMA:

"CUIDADOS PSICOEMOCIONALES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO"

PLANTEO DEL PROBLEMA

A partir del análisis de las problemáticas a las que se enfrenta el equipo de salud en el Hospital Scaravelli, y teniendo en cuenta cuáles son aquellas prioridades en investigación propuesta por el CIE², en un amplio marco de posibilidades de elección, el grupo de investigación se posiciona sobre un parámetro básico de libre elección.

El cáncer es una de las primeras causas de muerte en el mundo y se encuentra entre las primeras 20 causas en la provincia de Mendoza, según datos estadísticos del 2007 reportados por el Ministerio de Salud, es por ello que el personal de enfermería se encuentra a menudo con este problema en el hospital Scaravelli, un nosocomio Regional que alberga pacientes de todo el Valle de Uco entre los que se encuentran lamentablemente en estadio terminal, pese al esfuerzo por parte del equipo de salud en tratamientos convencionales y no convencionales, no tienen ninguna posibilidad de curación y se acercan irremediablemente a la muerte, es por esto que, a pesar de la frustración por parte del equipo de salud en el resultado final, la enfermera debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios ofreciendo cuidados compasivos, aliviando el dolor, brindando apoyo a la familia, respetando sus valores culturales y el derecho a tomar decisiones informadas, y por último una muerte digna. En este sentido, el enfermero debe cumplir con dos funciones primordiales: la intervención clínica y la intervención psicoemocional del paciente y su familia.

El análisis situacional sobre los cuidados psicoemocionales prestados por parte del plantel de enfermería en el hospital Scaravelli nos muestra otra realidad, una realidad en donde priman los cuidados puramente técnicos, ya sea por falta de conocimiento, por falta de dedicación o por la falta de recursos humanos, en definitiva esto lo sabremos más adelante. Los enfermeros, en su

² Declaración de posición. Investigación de enfermería [internet]. Ginebra: concejo internacional de Enfermería; 2007 [citado 12 marzo 2013] 2p. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publicacions/position-statements/>

primer acercamiento al análisis del tema seleccionado interpretan que entre los aspectos que influyen en los cuidados psicoemocionales que brindan a los pacientes con cáncer, también están determinados por la relación cama – recurso humano. Está claro que la intervención psicoemocional obliga al enfermero a plantearse la necesidad de una evaluación holística, ya que involucra también el sufrimiento espiritual y la pérdida de significado o esperanza.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Enfermería cuenta con técnicas y conocimientos para brindar cuidados psicoemocionales a pacientes oncológicos internados, en los servicios de Clínica, Cirugía y Unidad de cuidados Intensivos del Hospital A. Scaravelli, durante el mes de noviembre de 2016, Tunuyán Mendoza?

JUSTIFICACIÓN

El interés por una atención integral al paciente en estado terminal es una de las tareas que todos los enfermeros con funciones asistenciales, se deberían plantear para garantizar al usuario y entorno familiar cuidados de calidad, es por ello que se hace necesario trabajar con un equipo de enfermería entrenado para la asistencia y valoración holística del paciente, a través de un plan de cuidados individualizados, teniendo como objetivo central al paciente su familia, su bienestar durante la enfermedad y sus necesidades. Por esta razón que se realizara un estudio en el Hospital Antonio J: Scaravelli, , sobre los cuidados de enfermería en el paciente oncológico, valorando conocimiento del personal acerca de los cambios psíquicos del paciente durante este proceso, la comunicación, la escucha activa, la contención, el entorno físico y emocional.

La situación de enfermedad que amenaza la vida produce un alto impacto emocional; a través de la contención psicoemocional, se plantea facilitar el proceso de adaptación de la persona y sus familiares a esta situación tan compleja, promoviendo el máximo bienestar posible y mitigando el sufrimiento; ofreciendo intervenciones individualizadas de acuerdo a la edad, situación familiar, diagnóstico, pronóstico y otros factores según cada caso. También deben tomarse en cuenta, como factores influyentes, las percepciones y actitudes del paciente hacia la muerte.

En este sentido, se debería contar con los conocimientos y herramientas para aplicar intervenciones psicoeducativas, técnicas de reestructuración cognitiva y de modificación de conducta, para ayudar al paciente a vivir de modo más pleno cada día ofreciendo alternativas de ayuda respetando los valores, los recursos personales y la capacidad de autodeterminación del paciente, una tarea que no parece nada simple pero que todos los enfermeros deberían plantearse a la hora de cuidar a un paciente en estado terminal.

Es por estas razones que se hace necesario una investigación que nos permita identificar factores que intervienen en la atención de calidad en el paciente oncológico, un tema muy poco investigado y de escasa capacitación para el personal de enfermería en el Hospital Scaravelli a pesar de ser una de las patologías de mayor prevalencia en ese nosocomio, con el objetivo a futuro y

en una segunda etapa: establecer un plan de acción enfocado a mejorar el cuidado, rol fundamental de la enfermería.

OBJETIVO GENERAL

“Identificar si los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica, Cirugía y Unidad de cuidados Intensivos del Hospital A. Scaravelli del Departamento de Tunuyán poseen los conocimientos y técnicas necesarias para brindar cuidados psicoemocionales a los pacientes oncológicos internados”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer técnicas que utiliza enfermería en el cuidado psicoemocional del paciente oncológico.
- Identificar conocimiento de enfermería sobre los cambios psicoemocional en el paciente oncológico.
- Conocer si el personal de enfermería recibe capacitación en la atención integral del paciente oncológico.
- Identificar aspectos que influyen en los cuidados psicoemocionales.
- Caracterizar a los enfermeros en objeto de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El cuidado

Luego de una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema seleccionado para la investigación, se comienza con “el cuidado” como rol fundamental de la enfermera, para posteriormente ahondar en los conceptos básicos, y finalizar con las concepciones bioéticas del paciente terminal.

“Cuidar” es un verbo transitivo cuyo origen se desprende de la génesis de los valores: el “amor hacia el otro”, esa atención o asistencia surge de la necesidad de evitar que otro esté en peligro o le pase algo negativo, lo que implica compromiso y responsabilidad. Este verbo o acción se gesta desde un sentimiento de solidaridad y amor hacia otro ser vulnerable, un ser que se encuentra en una situación de fragilidad. Para la enfermería el cuidado es un objetivo, una finalidad, un sentido interno que justifica su existencia y su modo de proceder como profesión, por tanto, en esa labor dedica todos sus conocimientos, y estrategias como un deber moral y profesional. Según Henderson (1994) “...el proceso de cuidado de enfermería no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el paciente, es necesario que se establezca una relación significativa en la que la enfermera debe adoptar actitudes de respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva”³ son las competencias de la profesión de enfermería que, aplicadas en ese vínculo o relación de ayuda, le permitirán lograr el proceso de cuidado. Si a la aportación de Henderson se anexiona el primer intento de sistematización de los cuidados de enfermería de la teoría de Florence Nightingale, en el siglo XIX, hoy podríamos lograr un cuidado integral del paciente. Según esta [enfermera](#), [escritora](#) y [estadística británica](#), considerada precursora de la [enfermería](#) profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería “...cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”⁴. En síntesis, un cuidado integral es aquel que aplica la enfermera, mediante habilidades y competencias

³ HENDERSON, Virginia. “Naturaleza de la enfermería; reflexiones 25 años después” Madrid I.

⁴ NIGHTINGALE, Florence. “Notas sobre Enfermería” trad. de Sor Josefina Castro, Barcelona, Salvat, 1990. P.115.

adquiridas en su formación profesional, utilizando técnicas para establecer una relación de ayuda pero sin dejar de lado el entorno del paciente, para así lograr su máximo bienestar biológico, psicológico y social.

La dimensión espiritual del cuidado

Si definimos la espiritualidad como la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que trasciende y le da sentido a la existencia, podemos aceptar que esta búsqueda personal aflore especialmente en forma de necesidad, insatisfacción e, incluso, sufrimiento en el final de la vida. El contacto con la profunda experiencia espiritual del otro que afronta la muerte puede evidenciar no sólo nuestras carencias para su manejo, sino también de nuestro propio vacío espiritual.

Cuidado psico-emocional y espiritual

La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminado a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

Para poder intervenir adecuadamente, se debe partir, en primer lugar, de las observaciones hechas al pie de cama del paciente, con la finalidad de encontrar respuesta al sufrimiento. Son precisas actitudes como la empatía compasiva y la intención de acercamiento y de escucha. Los profesionales de cuidados paliativos, una vez cubiertas las necesidades físicas, emocionales y sociales, necesitan incorporar metodologías que ayuden a descifrar y a acompañar en el camino hacia la espiritualidad.

Paciente

La palabra “paciente” etimológicamente proviene del latín “*patiens*” que significa, *sufriente*, y dentro del participio activo “*pati*” que significa, *padecer o sufrir*, es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar). En

un sentido similar, la filosofía sostiene que el sujeto paciente es quien recibe o padece la acción de un agente.

Se define como “paciente” al usuario del servicio de salud. Un individuo con un entorno social, que posee características biológicas y psicológicas especiales e individuales que influyen e interactúan positiva o negativamente a través de un constante proceso salud-enfermedad. Espino Muñoz, define al paciente como un “enfermo”, palabra que a nuestra opinión tiene un acento hostil, desfavorable, contrario, perjudicial y azaroso, en definitiva no es la palabra la que hace que citemos a esta ilustre enfermera peruana, una luchadora de la Educación en enfermería, sino lo que acompaña a ese concepto “...el enfermo no es solamente un conjunto de síntomas, signos y órganos lesionados, funciones alteradas, es esto y mucho más, es un ser humano con una familia, un entorno familiar, social, individual y personal, con sus miedos angustias y esperanzas. Este ser humano necesita más que ayuda física.”⁵ Es por eso que la enfermera debe considerar al paciente como un individuo compuesto de varios aspectos que se han de tener en cuenta para fortalecer el proceso de ayuda en la promoción, prevención, y recuperación de la salud, valorando ese entorno para identificar factores positivos y negativos.

⁵ **ESPINO MUÑOZ, S.** “Marco teórico de la enfermera, teorías que sustentan y modelos de atención” Mar del Plata. 2000.

Enfermedad: este vocablo proviene del latín “*infirmitas*” el cual tiene como significado de muy grave enfermedad.

El paciente oncológico es aquel que posee una enfermedad terminal, según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos)

Cuando hablamos de paciente terminal, debemos tener los conceptos muy claros. En primer lugar definiendo la enfermedad terminal, que es aquella enfermedad incurable y progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas múltiples; con importante impacto emocional tanto en el enfermo, como en la familia e incluso en el equipo sanitario y que condiciona un pronóstico de vida limitado. Bajo este concepto se incluyen diversas enfermedades tanto oncológicas como no oncológicas.

La **enfermedad terminal** se caracteriza por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses.
Esta situación compleja produce gran demanda de atención y de soporte a los que debemos responder adecuadamente. Es por este motivo que se creó el llamado hoy en día “cuidado paliativo”.

HABLAR DE MUERTE

Origen etimológico:

MUERTE: procede del vocablo latino “mors”, mortis que es el que daría lugar con el paso del tiempo al verbo morir.

La muerte es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento.

El concepto de muerte, de todas maneras, ha variado a lo largo de la historia. En la antigüedad se consideraba que la muerte, como evento, tenía lugar cuando el corazón dejaba de latir y el ser vivo ya no respiraba. Con el avance de la ciencia, la muerte pasó a entenderse como un proceso que, a partir de un cierto momento, se vuelve irreversible.

En la actualidad, una persona puede haber dejado de respirar por sus propios medios y, sin embargo, seguir con vida a través de un respirador artificial. Por otra parte, puede hablarse de muerte cerebral para hacer referencia al cese completo e irreversible de la actividad cerebral.

Además existe una concepción social y religiosa sobre la muerte. Se suele considerar a la muerte como la separación del cuerpo y el alma. Por lo tanto, la muerte implicaría el final de la vida física pero no de la existencia. La creencia en la reencarnación también es bastante común.

Creencia sobre la vida y la muerte.

En cada sociedad existe una creencia puntual a cerca de la vida y de la muerte, concepciones basadas en la religión que practica, es por ese motivo que cada persona afrontara la muerte de manera diferente. La mayoría de las personas le tiene miedo a lo desconocido y la muerte, es desconocida para todos, incierta, hasta podrá decirse fría y oscura, el hecho de no saber qué sucederá

después de ella, nos deja nerviosos y hace que no se piense con la misma intensidad que lo hacemos con la vida.

Pero la muerte forma parte de la vida y hace que le dé cierto sentido a esta. Basta con recordar que en la vida se estamos constantemente expuestos a enfrentar la muerte, como las de los seres que nos rodean y que esto hace que nos formemos ideas específicas acerca de la vida y de nuestra propia muerte. . En muchos sistemas religiosos, entonces, la vida no termina con la muerte biológica, ya sea debido a la creencia en el espíritu eterno, el alma sobreviviente, el ciclo de vida y muerte, la reencarnación y regeneración donde la muerte puede regenerar la vida.⁶

Ese inmenso temor incapacita, paraliza y orilla a tomar actitudes de negación y evasión ante la misma. Por lo mismo no se esta preparados para enfrentarla, para acompañar a amigos y familiares de manera asertiva, y en ese momento entramos en un proceso de duelo ante esta situación estresante y cambiante de la vida.

⁶ **BLOCH-PARRY** "La vida y la muerte en la etapa final de la enfermedad". Cap 2 pag: 39. España (1982)

EI PROCESO DE DUELO

El vocablo duelo proviene del latín dolus = dolor. Existen distintas definiciones de duelo, entre ellas:

- “Reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo”.
- “Sentimiento subjetivo que es provocado por la muerte de un ser querido”.
- “Reacción adaptativa normal ante la pérdida de un ser querido”.
- El duelo incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con duración e intensidad proporcionales al significado y dimensión de dicha pérdida.

En la actualidad, el duelo se considera un proceso con características de trabajo, admitiendo que es muy importante para quien transita el duelo estar activo y hacer, más que esperar que algo ocurra.

Es preciso elaborarlo para poder seguir viviendo. El proceso de trabajo de duelo es siempre necesario y su bloqueo puede dar lugar a dificultades importantes en el desarrollo futuro

El duelo es siempre penoso y doloroso, y el dolor de una pérdida implica un proceso de elaboración de duelo que puede tener una resolución normal o patológica. Las tareas que se deben cumplir para la elaboración de un duelo normal son:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Expresar el dolor y los sentimientos.
- Adaptarse a un medio donde el difunto ya no está.
- Reubicar emocionalmente al ser querido que se ha perdido.

Pero siempre tener en consideración el reconocer la presencia de un duelo patológico:

Un duelo normal, adecuadamente elaborado, se reconoce por la capacidad de la persona de recordar y hablar del fallecido sin dolor y por la capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida. Pero cuando esta persona que ha perdido a alguien se queda anclada en el proceso de elaboración del duelo a causa de respuestas de evitación –como, por ejemplo, la falta de expresión de sentimientos o del rol familiar–, a esta reacción no normal la entendemos como duelo patológico.

El tiempo habitual del proceso de duelo suele considerarse alrededor de un año, pero que existan duelos demorados u otros acelerados no necesariamente implica que en éstos no se alcancen a cumplir las tareas del duelo.

Siempre en todo proceso de duelo la enfermera o el profesional de salud tiene como herramienta la utilización de la comunicación activa y crear un ambiente de empatía para lograr la exteriorización de las sensaciones que invaden al paciente y la familia.

Aspectos psicológicos en la adaptación a la enfermedad avanzada y terminal

El proceso de adaptación es una constante en el transcurrir de la vida de las personas. Estamos sometidos permanentemente a exigencias ambientales que nos provocan desequilibrios tanto en lo fisiológico, psicológico y social, frente a los cuales respondemos tratando de restablecer ese equilibrio perdido.

Padecer una enfermedad ocasiona, en cualquier caso, cambios o inseguridades claramente nocivas, que se añaden al sufrimiento propio de la enfermedad y a intensidades muy diversas de estrés psicológico. Todo puede ser sentido como amenazador. Es por tales motivos que los seres humanos buscamos nuestro propio sistema de adaptación al estrés de padecer una situación trágica. Para referirnos a este punto en nuestro trabajo se utilizara el Modelos de adaptación: Estadios de Kübler Ross⁷ donde hace mención a un

⁷ KULER-ROSS, E. " Sobre la muerte y los moribundos" Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.

proceso por el cual el individuo lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica.

La Dra. Elizabeth Kübler Ross, en su clásico estudio publicado en 1969 describe el proceso de adaptación de la realidad en cinco fases:

1. Negación-aislamiento: “no puede ser verdad, tiene que haber un error”. Es un período inicial de rechazo
2. Ira: rechazo, desplazamiento y proyección contra lo que los rodea
3. Pacto- negociación: “si al menos no tuviera dolor”
4. Depresión: sustitución por una gran sensación de pérdida (reactiva o preparatoria)
5. Aceptación: disminución del interés general y tranquilidad.

Cuando la Dra. Kübler Ross habla de depresión la separa entre depresión reactiva y preparatoria, entendiendo que la primera comporta algún tipo de sufrimiento psicológico, mientras que la segunda es necesaria y adecuada para que el proceso adaptativo pueda evolucionar. Otro aspecto que tal vez no se ha tenido demasiado en cuenta es la esperanza. Para Kübler Ross la esperanza es una respuesta esencial que se mantiene a lo largo de todo el proceso y que según parece no se contradice con la aceptación y comprensión de la realidad: “proporcionar esperanza es de gran utilidad para mantener buenos niveles de confianza con el enfermo y evitar la sensación de desamparo y abandono” (Kübler Ross, 1969).

Estas fases son de tipo circular, es decir que el enfermo puede en cualquier momento reiniciar el proceso según las circunstancias. Es un modelo no secuencial, ni rígido, ni uniforme. “Estas fases durarán diferentes períodos de tiempo y se reemplazarán unas a otras o coexistirán a veces”.⁸

Las conductas adaptativas pueden funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones. Esto puede generar reacciones

⁸ **GOLDAM, A.** “Manual de enfermería oncológica. Ed. Instituto nacional del cáncer Argentina, 2014.

maladaptativas. Por ejemplo la negación (uno de los recursos más generalizados) puede ser una reacción de adaptación y de maladaptación. Las personas que usan la negación o incluso la evitación como forma de afrontamiento, experimentarán un mayor alivio emocional en la primera situación amenazante, pero pagarán por ello, manifestando una vulnerabilidad continuada en las situaciones siguientes.

La negación puede ser adaptativa en relación con determinados aspectos de la situación pero no en su totalidad. La cronología de la negación como proceso de afrontamiento puede ser una cuestión de importancia. La negación puede resultar menos perjudicial y más efectiva en las primeras fases de una crisis, es decir cuando la situación ya no puede afrontarse en su totalidad.

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Teoría Hildegart Peplau⁹

Hildegart Peplau nació el 1 de septiembre del 1909 en Reading, Pennsylvania, es honrada como la madre de la enfermería psiquiátrica. Participo de los avances profesionales, educativos y prácticos en la enfermería. Desarrollo la teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación enfermera-paciente. Su modelo está orientado fundamentalmente a la enfermería psiquiátrica que utiliza como bases las teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau propone la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella capaz de comprender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia, en el paciente oncológico la enfermera utiliza estrategias para establecer una relación en la que el individuo pueda sentirse cómodo, contenido y con la libertad de expresar sentimientos que surgen en este proceso.

Peplau define la ENFERMERIA como un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades, si bien el paciente en estado terminal posee un cuerpo físico en deterioro y sin posibilidad de sobrevivir, la enfermera puede buscar la salud psicológica, emocional y social mediante un cuidado terapéutico e individualizado. Basa este planteamiento en que las PERSONAS son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la ENFERMEDAD.

⁹ PEPLAU, H. “ Enfermería psicodinámica” Edit Doyma. Tercera edición. Cap. 21. 1995.

Para Hildegart la SALUD como palabra símbolo que implica el movimiento d avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria

Los entornos en los que puede llevarse a cabo la relación interpersonal entre enfermera y pacientes son: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades.

Caracterizar el modelo, la forma de actuación de la enfermería para alcanzar los objetivos anteriores. Se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico.

En este modelo las acciones son relajadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal.

La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones, en el paciente oncológico seria mantener su máxima independencia, minimizar el dolor, con un entorno tranquilo y saludable.

La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

En la relación enfermera y paciente describe cuatro fases

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.

2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades

3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.

4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar.

1. Papel del extraño: El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.

2. Papel de persona-recurso: La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.

3. Papel docente: La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).

4. Papel conductor: El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.

5. Papel de sustituto: El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto

que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.

6. Papel de consejero: es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

En definitiva el modelo de Hildegart Peplau, es un modelo de interacción donde enfermera- paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente.

CUIDADOS PALIATIVOS

La organización mundial de la salud (OMS) basa los cuidados paliativos en el “Enfoque que mejore la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrenten a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana de los factores adversos al confort y problemas agregados de índole psicológico o espiritual.

Según Cecily Saunders (1918-2005) estableció los principios básicos de los cuidados paliativos sobre una perspectiva humanística en la década de los 60's, donde le dio un giro total a la formas de actuar y tratar a los enfermos de fase terminal. Donde el esfuerzo valió para la realización del movimiento llamado HOSPICE (movimiento mundial para preverle un cuidado compasivo al moribundo).

Los principios básicos de los cuidados paliativos:¹⁰

- 1) Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas.
- 2) Afirmar la vida y aceptar la muerte como un proceso normal.

¹⁰ SAUNDERS, C. “Inspiración para una vida en cuidados paliativos”. Madrid. SECPAL.

- 3) Integrar los aspectos espirituales y psicológicos del paciente.
- 4) Ofrecer un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- 5) Ofrecer un sistema para ayudar a la familia a adaptarse durante el proceso de la enfermedad del paciente y en el duelo.
- 6) Utilizar una aproximación de equipo para responder las necesidades del paciente y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo y cuando este indicado.
- 7) Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- 8) Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida.

Donde se hace fundamental este papel del enfermero y profesional de salud de aliviar el sufrimiento, y se torna uno de los pilares fundamentales en la asistencia. En esta posición el CIE (concejo internacional de enfermería) afirma que "...la función de la enfermera es fundamental para reducir el sufrimiento, mejorando la calidad de vida de los pacientes terminales y sus familias mediante una pronta evaluación de necesidades físicas sociales espirituales y culturales...". El comité de ética de la *Society of Critical Care Medicine* dice que los cuidados paliativos e intensivos no son mutuamente excluyentes, sino que debieran coexistir, y además dice que el equipo sanitario tiene la obligación de proporcionar tratamientos que alivien el sufrimiento que se origine de fuentes físicas, emocionales, sociales y espirituales.

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Junto con el resto del equipo debe esforzarse en responder a las necesidades y problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de enfermedad terminal, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo. Ser una suerte de nexo entre cada miembro de la relación.

Estos objetivos se logran con una formación en enfermería, además de una formación específica en cuidados paliativos, con conocimientos propios, ya que tiene características diferentes e implica el aceptar que no todos los pacientes son curables y gran parte de ellos morirán a corto plazo, lo que representa un cambio de la actitud curativa hacia una actitud paliativa.¹¹

¹¹ **GOLMAN, A.** "Manual de enfermería oncológica" Ed. Instituto nacional del cáncer Argentina.

PROCESO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Enfermería organiza los cuidados para brindar a la persona con enfermedad progresiva, avanzada y en etapa terminal, y a su familia, desarrollando los siguientes pasos:

Valoración:

Inicia identificando la causa y el grado de malestar que presenta, la situación utilizando diferentes escalas de medición; se recopilan datos con la finalidad de detectar problemas y necesidades reales y potenciales en las áreas: física, psicoemocional, social y espiritual. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios que poseen tanto el paciente como su familia. Se solicita al paciente que identifique lo que más le preocupa en el momento de realizar la valoración, y se considera su respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención.

Diagnóstico de enfermería:

Consiste en detectar el grado de alteración del bienestar en relación con el impacto del proceso de la enfermedad avanzada.

Se elabora un diagnóstico de la situación real del paciente y su familia, se identifican necesidades y problemas y se definen objetivos simples, concretos y a corto plazo. Un objetivo general consiste en aliviar el sufrimiento ayudando al paciente a lograr una mejor calidad de vida, respetando su dignidad, su autonomía, sus valores, preferencias, elecciones y deseos.

Planificación de los cuidados:

Se determinan las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados y en relación a los recursos disponibles.

La elaboración del plan de cuidados de forma conjunta implica la participación de todo el equipo interdisciplinario, incluidos el paciente y la familia.

Ejecución:

Se implementa la provisión de los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y la familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado.

Se deben fijar las prioridades diarias y garantizar continuidad en la atención, independientemente del lugar en el que permanezca el paciente

Evaluación:

La unidad de tratamiento es el paciente y la familia, por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos, en una visión global de cómo se están llevando a cabo los cuidados, del resultado que se obtiene y de la percepción de mejoría. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digna, en el lugar y la forma que el paciente haya elegido. Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático y multicambiante.

La intervención de enfermería en cuidados paliativos responde a la incorporación de competencias innovadoras para la profesión y abarca funciones en el área asistencial, de gestión, docencia e investigación, así como diferentes modalidades de implementación: enfermero coordinador de cuidados integrales, gestor de casos y procesos de cuidados, coordinador de equipos, consultor especializado y referente institucional. Los lugares de trabajo incluyen el hospital y la comunidad, ya sea en centros de salud o en el domicilio del paciente, así como en los ámbitos académicos y sociedades científicas. Esto implica la necesidad de capacitación y actualización de conocimientos, y la inclusión de los cuidados paliativos.

LA COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA CON EL PACIENTE TERMINAL Y LA FAMILIA.

El célebre filósofo Zenón dijo que *“Tenemos dos oídos y una boca, con el fin de que podamos escuchar más y hablar menos”*.¹² Al no tener el hábito de escuchar más y hablar menos, se presentan múltiples errores de comunicación que tienen consecuencias negativas para el paciente.

Principios básicos de la comunicación humana

A pesar de los tratamientos médicos que pueden existir para paliar un proceso de enfermedad terminal, y como parte fundamental del tratamiento, existe la comunicación, donde el paciente junto a su familia logran hacer eco de cada sentimiento y situación que ocurren dentro de cada uno de ellos. Además de crear un lazo de empatía, ayuda a sobrellevar el duelo que genera esta situación.

El ser humano es un ser en relación y para poder hacerlo eficazmente necesita comunicarse. La comunicación es un proceso por el cual un individuo comparte algo de sí mismo, como sus ideas, opiniones, sentimientos, valores y metas; esto le ayuda a ser más humano, más sociable y estar en mayor contacto con la realidad.

La comunicación se considera una relación interactiva y dinámica, entre dos o más personas que intercambias ideas y conocimientos por diferentes medios, con la finalidad de lograr comprensión, dando origen a un intercambio permanente de significado entre ellas

TÉCNICA DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

La reestructuración cognitiva, se basa en que el paciente con la ayuda del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos negativos, de modo que se logren sustituir por pensamientos positivos que le ayuden y se reduzca

¹² ZENON DE SITIO (335-263)

así la perturbación emocional causada por los pensamientos negativos y autodestructivos.

En la reestructuración cognitiva: los pensamientos son considerados como hipótesis, donde el terapeuta y el paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decirles a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

Presupuestos teóricos en que se basa la reestructuración cognitiva:

- El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.
- Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros.
- Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

Actuar de enfermería

Objetivo: Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamientos desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

Ayudar al paciente:

- A comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencias es el resultado de frases irracionales auto inducidas.
- Que acepte el hecho de que las frases auto inducidas median en el bienestar emocional.
- A cambiar afirmaciones irracionales por afirmaciones racionales.
- A señalar los estilos de pensamientos disfuncionales: pensamientos polarizados, generalización exagerada, magnificación y personalización.
- A identificar la emoción dolorosa: ira, ansiedad y desesperanza; descubrir lo que está sintiendo.
- A identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
- A reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes, por interpretaciones basadas más en la realidad.

COUSELLING Y CUIDADOS PALIATIVOS

La traducción para la palabra counselling más utilizada para el castellano: son “consejo asistido”, “relación de ayuda” y “asesoramiento terapéutico”.¹³ La Organización Mundial de la Salud define el Counselling como “un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo”. Utiliza como base la comunicación terapéutica, la empatía, formando una atmósfera de confianza y genera estrategias de autocontrol para facilitar la toma de decisiones y la solución de problemas; hacer reflexionar a la persona y favorezca la toma de las decisiones más adecuadas para afrontar sus problemas, en función de sus valores e intereses.

Al utilizar las técnicas de comunicación se puede potenciar los propios recursos de los pacientes, a promover su auto-conocimiento, a lograr manejar sus emociones, así facilitar que puedan vivir de un modo más pleno y siendo consciente de su propia enfermedad. El counseling se apoya, fundamentalmente, en el principio bioético de la beneficencia.

Se usa la relación terapéutica para acompañar a las personas a empoderarse y afrontar constructivamente los momentos críticos de la propia vida.

La persona que ayuda al paciente se lo denomina counsellor y este no da soluciones sino que ayuda a identificar las opciones posibles. Respeta la autonomía del paciente y/o su familia y promueve la elección

Pero además, para conseguir una adecuada relación profesional-paciente es indispensable adquirir una serie de conocimientos y habilidades, como la empatía, veracidad y aceptación incondicional actitudes planteadas por Carls Rogers, quien indudablemente fue uno de los psicólogos humanistas promotores del counseling.

¹³ **BIMBELA J.L.** “ El counselling: una tecnología para el bienestar del profesional” En. Sist. Sant. Navar.(2001); 24 (supl. 2). P.34.

La empatía nos recuerda la importancia de la disposición y habilidad para comprender y transmitir comprensión al paciente («sentir lo que siente el paciente»). La veracidad requiere un sólido asentamiento en valores del profesional que presta la ayuda y expresar su sinceridad («ser genuino y honesto con el paciente»). Por último, la aceptación incondicional resalta la importancia de aceptar, sin juicios de valor y sin reservas, la biografía de la otra persona, su estilo de vida y su comportamiento.¹⁴

Podríamos decir que, en el ámbito de los cuidados paliativos, algunos objetivos del counselling son:

- Disminuir el sufrimiento de los pacientes y de sus familias, el ayudarles a adaptarse a su realidad.
- Promover el cambio necesario para adoptar actitudes adaptativas y de crecimiento, en relación a los problemas concretos.
- Disminuir el coste emocional para los profesionales regulando saludablemente el grado de implicación emocional con el sufrimiento ajeno.
- Aumentar el grado de satisfacción de todos los implicados.

Como lo menciona en su libro la autora Elizabeth Kübler Ross que es vital considerar que al trabajar con un paciente moribundo y brindarle nuestro apoyo, debemos tomar en cuenta a la familia que lo rodea y ocuparse de ella de manera simultánea. La familia se enfrenta también a cambios profundos en su dinámica y estilo de vida. Tiene que enfrentarse a sus miedos y procesar su enojo y frustración al tener ahora que anteponer las necesidades de su ser querido a las suyas propias. Tendrá que apoyar y tomar decisiones cuando también se encuentran débiles y confundidos. Las necesidades de la familia se irán transformando desde el inicio de la enfermedad hasta aun después de la muerte. Posteriormente al deceso tendrán que lidiar tanto con sus propios

¹⁴ **BARRETO, M-SOLER SAIZ , M.** “Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo”. Ed. Fundación medicina y humanidades médicas. Barcelona, 2004. Pag.139-150 [consultado 2/1/12]. <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo11.pdf>

sentimientos de dolor, enojo y culpa así como los problemas económicos y de adaptación; lo que muchas veces origina conflicto entre sus miembros ante la incapacidad para comunicar sus verdaderos sentimientos.

Trabajar y acompañar a un paciente moribundo requiere una gran entrega y una gran capacidad para enfrentar el dolor y el miedo ante la propia muerte. Esta autora aborda diferentes aspectos en cuanto a la intervención con el paciente moribundo.

Toca de manera asertiva, la actitud que debemos adoptar ante la muerte, trata sobre el asesor y el trabajo interno que debe realizar para que su ayuda sea de verdadera utilidad; explica las fases por las que transita un moribundo y su familia y las recomendaciones para brindarles apoyo; y comparte la experiencia con pacientes reales y sus diferentes reacciones ante su enfermedad mortal, lo que hace más fácil y comprensible los aspectos teóricos.

Consideraciones éticas y bioéticas.¹⁵

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de lo moral. El objetivo de la bioética es el “actuar humano dentro del ámbito de la salud”.

Los Cuatro Principios éticos fundamentales son (Beauchamps y Childress, 1983):

- Respetar la autonomía del paciente.
- Beneficencia (hacer el bien).
- No maleficencia (no dañar).
- Justicia (distribución y disponibilidad equitativa de los recursos)

•Beneficencia: todos los cuidados administrado al otro deben tener como fin hacer un bien, la medicación y los tratamientos deben ser “buenos” para el paciente. En el paciente que recibe cuidados paliativos, puede relacionarse con decisiones sobre hospitalizar o no, tratamiento de procesos agudos (neumonías, edema cerebral...), tratamientos quirúrgicos para resolver un síntoma (gastrectomía, ureterostomía...), soporte (alimentación enteral o parenteral...), administración de quimioterapia paliativa.

•No maleficencia: no debemos hacer el mal a otra persona. La práctica de enfermería puede minimizar el daño que ciertos tratamientos puedan producir al paciente, con el correcto conocimiento de la técnica de aplicación de los mismos, así como las interacciones medicamentosas.

•Autonomía: determina el derecho de las personas a ser responsables de sus propios actos. El consentimiento informado es fundamental para la aplicación del

¹⁵ SANTANA ALVAREZ, J. MIRANDA RAMOS, M. SANTANA CAGIJAL, J. “La ética y el paciente con cáncer”. AMC [internet]. 2009 JUN.[citado 2016, Noviembre 19];13 (3)

principio de autonomía. En lo que se refiere al paciente en fase terminal, surge el gran debate sobre el manejo de la información y el decir o no decir la “verdad”.

- Justicia: los recursos disponibles deben ser accesibles a todos los que lo necesiten, todos debemos ser gestores, responsabilizarnos de la valoración de las necesidades, de la determinación de prioridades y de las decisiones de racionalización de los recursos según su costo y escasez

Todos ellos son aplicables a los fundamentos de: Respeto por la vida. Aceptación de la inevitabilidad de la muerte

Respeto por el paciente:

A menudo se actúa como si los pacientes tuvieran la obligación de aceptar los tratamientos que les recomienda. Sin embargo legalmente una persona no está obligada a aceptar el tratamiento propuesto aun cuando rechazarlo condujera a una muerte anticipada. Los profesionales de la salud, tenemos la obligación de discutir las distintas opciones de tratamiento y sus implicancias con los pacientes.

Debemos recordar siempre que el consentimiento informado de un paciente es la posibilidad que este tiene de contar con los elementos necesarios para poder decidir y así preservar su autonomía. El consentimiento (o el rechazo) informado presupone tres requisitos: competencia plena (paciente lúcido), información veraz y completa (brindada por el médico) e inexistencia de condicionamiento externo o interno. En ocasiones, es pre-requisito para el respeto de la autonomía que se libere al paciente de presiones que pueden perturbar su libre decisión (Ej.: un paciente que padece dolor insoportable secundario a cáncer metastático, intenso temor y sensación de abandono, puede consentir o rechazar una determinada propuesta terapéutica en base a su situación circunstancial que debiera ser aliviada prioritariamente).

El modelo de atención que propone la Medicina Paliativa representa un profundo cambio en la cultura médica contemporánea. Esta disciplina presenta un modelo de salud que podríamos denominar humanista, es decir un ethos profesional basado en un profundo respeto por la persona, por lo que ella es y por su dignidad.

Es necesario tener presentes aquellos principios éticos que resguardan la dignidad, incluso en condiciones de extrema debilidad, como suele ser la etapa final de la vida, y que pueden resumirse en dos condiciones fundamentales:

- Respeto por la dignidad de la persona.
- Aceptación de la finitud de la condición humana.

A todo esto la Dra. Cicely Saunders, fundadora del Movimiento Hospice: dijo:

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también para vivir hasta el día en que mueras” (Saunders C, 1984)

Y todas estas circunstancias tienen base legal, que toda persona debe conocer, y si en su defecto no lo conoce, como consideración moral se le debe de explicar sus derechos como paciente y como persona.

Dentro de la ley 26.742 que es la ley sobre derechos de pacientes, historia clínica y consentimiento informado. Derechos del paciente en su relación con los profesionales de salud e institución de salud y muerte digna. Modificación de ley 26.529 con fecha de sanción en el territorio argentino 09/05/2012 y promulgación el 24/05/2012. Donde deja claro los derechos de pacientes.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD TERMINAL (Ley 26.742)¹⁶

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe mi situación.
- Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.
- Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- Tengo derecho a no morir solo
- Tengo derecho a no experimentar dolor.
- Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
- Tengo derecho a no ser engañado.
- Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
- Tengo derecho a morir en paz y dignidad.

¹⁶ VIAR, L. A. (2013). Análisis de la ley 26742 de “muerte digna” [en línea] documento inédito perteneciente a la asignatura Bioderecho de la carrera de grado de abogacía. Disponible en:

<http://bibliotecadigital.unca.edu.ar/repositorio/contribuciones/analisis-ley-26742-muerte-digna.pdf>

[consultado octubre 2016]

- Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones más que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a discutir y acrecentar mi experiencia religiosa y/o espiritual, cualquiera que sea la opinión de los demás
- Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

A partir del el problema desarrollado en nuestra investigación y de los objetivos planteados, el tipo de estudio a realizar será de tipo descriptivo; y transversal

- DESCRIPTIVO: Según análisis y alcance de los resultados
- TRANSVERSAL: Según período y secuencia del estudio, porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte, el tiempo no es importante, puesto que se estudia un fenómeno en relación a como se da en ese momento dado; y es medido con el mismo instrumento en una sola oportunidad.

Para fundamentar la elección de este tipo de estudio que más se adapta a esta investigación a realizar, se ha seleccionado la obra “Metodología en la Investigación” de los autores; el Licenciado en comunicación Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández collado y Pilar Baptista Lucio. Estos autores refieren en su obra que un estudio **descriptivo** busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o fenómenos sometido a análisis; también miden diversos aspectos o dimensiones de éstos a investigar. Es necesario referir que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver; aunque pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés. Los autores mencionan que en esta clase de estudios el **investigador** debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo se va a lograr la precisión en esa medición. También debe ser capaz de especificar quién o quienes tienen que incluirse en la medición. La investigación descriptiva requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder. La

descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito¹⁷

AREA DE ESTUDIO

El presente estudio se llevara a cabo en el Hospital Antonio. J. Scaravelli ubicado en la Calle Güemes N° 1441, del departamento de Tunuyán de la Provincia de Mendoza.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis de esta investigación son los enfermeros que prestan servicios en la unidad de Clínica Médica, Cirugía y Unidad de cuidados intensivos.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de la presente investigación está conformado por los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica, Cirugía y Unidad de cuidados Intensivos del Hospital A. Scaravelli, servicios que poseen una atención directa y cotidiana con pacientes oncológicos y su familia.

La muestra seleccionada es la población total de 36 (treinta y seis) enfermeros de los tres servicios, es decir el universo, por lo que éste es finito y accesible.

¹⁷ **SAMPIERI, C-PILAR, B-FERNANDEZ,C** “Metodología de la investigación” Edit; mc.graw-hill cuarta edición. Mexico, Df. 2006

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal que forma parte del cuerpo de enfermería y trabaja en los servicios de Clínica Medica, Cirugía y Unidad de cuidados intensivos.

- Auxiliar en Enfermería.
- Enfermeros Profesionales.
- Licenciados en Enfermería.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal de enfermería que pertenezca a otros servicios del hospital Scaravelli.

Personal de salud que no forme parte del cuerpo de enfermería.

VARIABLES DE ESTUDIO

Dentro de todo tipo de estudios ya sea cualquiera de ellos, se manejan con valoración y manipulación de variables. En nuestra investigación la principal variable a estudiar será:

1. Variables a estudiar: Cuantitativas discretas:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de carrera(licenciado, enfermero o auxiliar)
- Años de trabajo en la institución.
- Tiempo de trabajo en la unidad.

2. Técnicas de cuidado psicoemocional: definición conceptual

- **Cuidado enfermero:** El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.¹⁸
- **Psicoemocional:** Describir cualquier interacción psicológica con las emociones.

El Modelo de Marie F. Colliere (1999)¹⁹ q hace referencia al cuidado emocional. Dentro de esta variable se desglosan una serie de factores que intervienen en el cuidado enfermero:

Clasifica los cuidados en función de la finalidad que persiguen: de compasión, de confirmación y de sosiego.

Los cuidados de compensación: es esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

Cuidados de confirmación: animan, permiten ganar seguridad y fortalecen la construcción del sentimiento de confianza en sí mismo.

Los cuidados de sosiego: llamados cuidados de relajación, aportan tranquilidad, liberación de tensiones y de este modo contribuyen a apaciguar las turbulencias emocionales.

¹⁸ **BENABENT, MA, et al** "Fundamentos de enfermería". España: DAE. Grupo paradigma enfermería 21;2002

¹⁹ **COLLIERE, M.** "promover la vida" Mc Graw-hill/interamericana de España. S.A.U. Madrid 1ª edición 1993. Reimpresión 1997 pags 315-317. Guía paraa planificar cuidados. Edición 2007. Editorial Elsevier España S.A Kérouac, 1996 .

Junto a la autora Colliere y su pensamiento, adosamos al pensamiento de otra autora donde hubo una gran similitud en el concepto de cuidado emocional y esta autora es la llamada Torralba María José (1999), manifestando que: “el Cuidado Emocional implica una:

El ***cuidado psicoemocional*** como variable se manifiesta a través de actitudes como las que se detallaran a continuación:

- ✓ *Comunicación con el paciente:* hablar con el paciente antes y durante cualquier procedimiento es muy importante, por ser un componente básico en la comunicación y parte esencial del cuidado psicoemocional. Hablar con el paciente permite un acercamiento entre la enfermera y el paciente, lo que le proporciona a éste mayor confianza y seguridad.
- ✓ *Procurar un ambiente propicio:* la importancia de un ambiente tranquilo, disminuyendo estímulos estresantes y con una luz tenue ayuda a disminuir la ansiedad del paciente a la hospitalización.
- ✓ *Actitud de empatía:* Capacidad de la enfermera para comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, expresadas en forma verbal y no verbal.
- ✓ *Actitud de escucha:* Es una técnica y estrategia específica que supone una serie de comportamientos y actitudes que preparan al receptor a escuchar, a concentrarse en la persona que habla y proporcionar respuestas, implica asimismo, ofrecer disponibilidad y mostrar interés por la persona que habla, para comprender los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.
- ✓ *Contención emocional:* Actitud de presencia física que implica voluntad de escuchar y explicar. Es un procedimiento terapéutico que tiene como

objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una situación estresante.

- ✓ *Contacto corporal y visual:* Mensaje no verbal que expresa sentimientos de comprensión, interés, confianza y significado de presencia activa, favoreciendo el vínculo terapéutico entre la enfermera y el paciente.
- ✓ *Evitar lenguaje técnico:* para que la información que recibe el paciente sea efectiva, las explicaciones deben ser pausadas, ordenadas y se debe adaptar al nivel intelectual y cultural del paciente.
- ✓ *Orientar y reforzar capacidades:* Brindar orientación e información que pueda fomentar la independencia del paciente, teniendo en cuenta las capacidades individuales e involucrando a la familia como red de apoyo y contención.

Cuidados/tratamientos alternativos: Brindar intervenciones para potenciar el control de los procesos del pensamiento de modo que las creencias negativas sean sustituidas por actitudes positivas. Es parte fundamental de la contención psicoemocional las medidas de comodidad a través de acciones como el baño, la movilización y masajes que mejoran o alivian las molestias generadas por el proceso de enfermedad.²⁰

3. Conocimiento enfermero. Para que el paciente oncológico reciba una atención adecuada y de calidad, el personal que presta cuidados enfermeros debe tener conocimiento teóricos básicos basados en:

- ✓ Derechos legales de los paciente incluidos en la ley N° 26742; a modo general todo enfermero debe conocer los aspectos que incluye dicha ley, entre los que se incluyen los del paciente terminal.

²⁰ FLORES, M. "Comodidad del paciente hospitalizado" tesis de maestría en enfermería. Bogotá Colombia.

- ✓ Cambios psicoemocionales del paciente oncológico: tener en claro cuáles son los cambios emocionales por los que atraviesa un paciente luego del diagnóstico es fundamental para poder entender, predecir y actuar con calidad.
- ✓ Couseling: Se usa la relación terapéutica para acompañar a las personas a empoderarse y afrontar constructivamente los momentos críticos de la propia vida.
- ✓ Cuidado prioritario; según el manual de oncología de la República Argentina, el tratamiento del dolor es la base del cuidado en la etapa final del paciente oncológico y todos aquellos que forman parte del equipo de salud debería saberlo y aplicarlo.

4. Aspectos que influyen en el cuidado emocional

Si bien son numerosos los aspectos que podrían influir en el cuidado emocional, en esta investigación se tendrán en cuenta a modo general los siguientes aspectos:

- ✓ Conocimiento en el manejo del cuidado psicoemocional en el paciente oncológico.
- ✓ Falta de dedicación e interés.
- ✓ Falta de recursos humanos para lograr una atención más individualizada.
- ✓ Conocimiento sobre los cambios psicoemocionales de paciente oncológico.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
Demográfica	Edad	21-30 años
		31-40 años
		41-50 años
		Más de 50 años
	Sexo	Femenino
		Masculino
	Titulo	Auxiliar de enfermería
		Enfermero Profesional
		Licenciado en enfermería
	Antigüedad	Menos de 10 años
		Entre 11 a 20 años.
		Mayor a 21 años.
Cuidado psicoemocional	Comunicación con el paciente	A veces
		Frecuentemente
		Siempre
		Casi nunca
		Nunca
	Ambiente tranquilo, libre de factores estresantes	A veces
		Frecuentemente
		Siempre
		Casi nunca
		Nunca
Actitud de empatía	A veces	
	Frecuentemente	
	Siempre	
	Casi nunca	
	Nunca	

	Actitud de escucha	A veces
		Frecuentemente
		Siempre
		Casi nunca
		Nunca
	Contención emocional	A veces
		Frecuentemente
		Siempre
		Casi nunca
		Nunca
	Contacto visual y corporal	A veces
		Frecuentemente
		Siempre
		Casi nunca
		Nunca
	Evitar un lenguaje técnico	A veces
		Frecuentemente
		Siempre
		Casi nunca
		nunca
Brindar orientación e información para alcanzar la independencia	A veces	
	Frecuentemente	
	Siempre	
	Casi nunca	
	Nunca	
Conocimiento general	Aspectos de la ley 26.742 (Derechos del paciente)	Historia clínica.
		Consentimiento informado
		Eutanasia lega
		Muerte digna

	Cambios psicoemocionales	Negación.
		Aceptación
		Negociación.
		Ira.
		Depresión.
	Que es Counseling	Verdadero
		Falso
	Cuidado prioritario en estadio final	Control signos
		Control del dolor
		Administración de sedantes.
Ha recibido el personal de enfermería capacitación en la atención del paciente oncológico	si	
	no	
Opinión personal	Factores que influyen en la atención del paciente oncológico	Falta de interés
		Falta de conocimiento
		Falta de personal
		Falta de espacio físico

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos de la presente investigación se realizará mediante la fuente primaria, utilizando como método la encuesta y técnica estandarizada de tipo descriptiva directa y personalizada, con el fin de reflejar y documentar las actitudes o condiciones de los cuidados que brindan los enfermeros del Hospital Scaravelli a los usuarios que poseen una patología oncológica. Dicha encuesta se basa en un cuestionario cerrado con respuestas que poseen varias alternativas, de tipo escala de Likert.

La escala de Likert es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos utilizado para medir actitudes. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmación o juicios ante los cuales se solicita la reacción de los individuos o unidades de análisis, para describir específicamente la “frecuencia” con la que realiza la actitud que se intenta investigar o conocer.

Las preguntas serán diseñadas para que todos las interpreten de igual manera y así poder asegurar la espontaneidad, por lo que la misma será anónima. Con una previa explicación personalizada de lo se pretende valorar con esta investigación, que es la actitud y el conocimiento.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo esta investigación en el Hospital Antonio. J. Scaravelli, se elaborará y presentará una nota a personal directivo y quienes corresponda, a efectos de solicitar la aprobación y autorización respectiva para realizar la encuesta al personal de enfermería seleccionado como unidad de análisis. Posteriormente se llevará a cabo en el turno mañana tarde durante el mes de agosto del corriente año, de lunes a domingo, estipulando un tiempo de 15 a 20 minutos por encuesta, manteniendo el anonimato de los encuestados pero a la vez garantizando la posibilidad de aclarar cualquier duda que se presente acerca del cuestionario.

Para finalizar se procederá a procesar, tabular y cuantificar los resultados obtenidos según los indicadores establecidos para cada variable.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

El análisis se realizará de forma descriptiva utilizando tablas y gráficos, que contendrán números y porcentajes, con el objetivo de racionalizar los datos colectados a fin de explicar e interpretar las posibles relaciones que expresan las variables estudiadas.

Las variables demográficas cuantitativas discretas se categorizarán mediante rangos, como es en el caso de edad, sexo, antigüedad y título habilitante.

De acuerdo a los resultados que se obtengan en la encuesta para estudiar la variable de “cuidado psicoemocional”- teniendo en cuenta la escala de Likert-, se separarán los resultados en dos grupos, considerando favorable y/o positivo a aquellos que respondieron que aplican la técnica de cuidado psicoemocional con una frecuencia de “frecuentemente/ siempre”, mientras que los que lo aplican “a veces, casi nunca o nunca”, en esta investigación se lo considerará como resultado desfavorable. De las 8 (ocho) preguntas se obtiene el 75% respondiendo favorablemente a 6 (seis) de ellas, por lo tanto se considera que aplican cuidados psicoemocionales aquellos que superan el 75%.

Las variables de conocimiento se categorizarán mediante dos rangos; “lo sabe-no lo sabe”. Luego del análisis de cada una de ellas se le dará, un valor relativo al 25%, considerando al encuestado “tiene los conocimientos” si éste supera el 75%. Y por último dentro de las posibilidades de respuesta a la pregunta de opinión personal sobre los factores que podrían influir negativamente en la atención del paciente oncológico se consideraran todas las respuestas marcadas por cada encuestado.

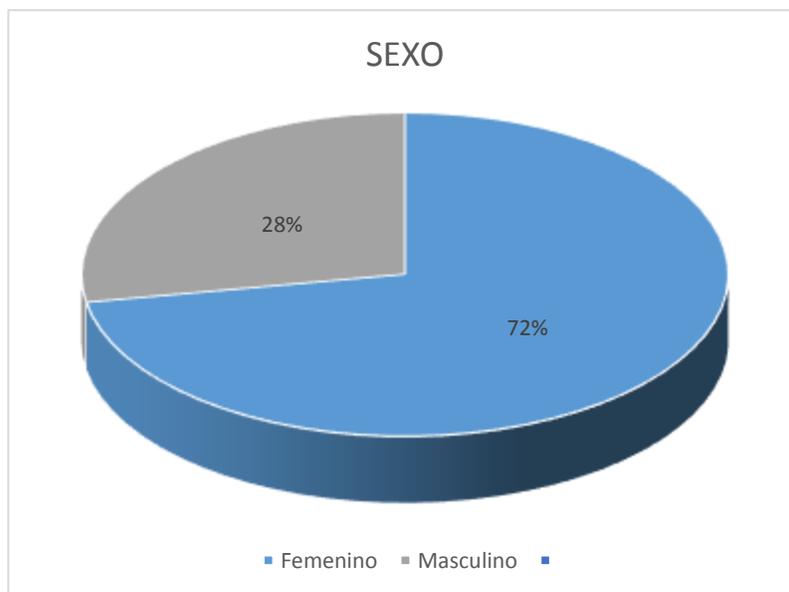
TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N°1: Número de profesionales en estudio según “sexo”. Hospital Antonio J. Scaravelli, Tunuyán, Noviembre de 2016.

SEXO	FA	FR
Femenino	26	72%
Masculino	10	28%
TOTAL	36	100%

FUENTE: Encuesta realizada a profesionales en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016

GRÁFICO N°1



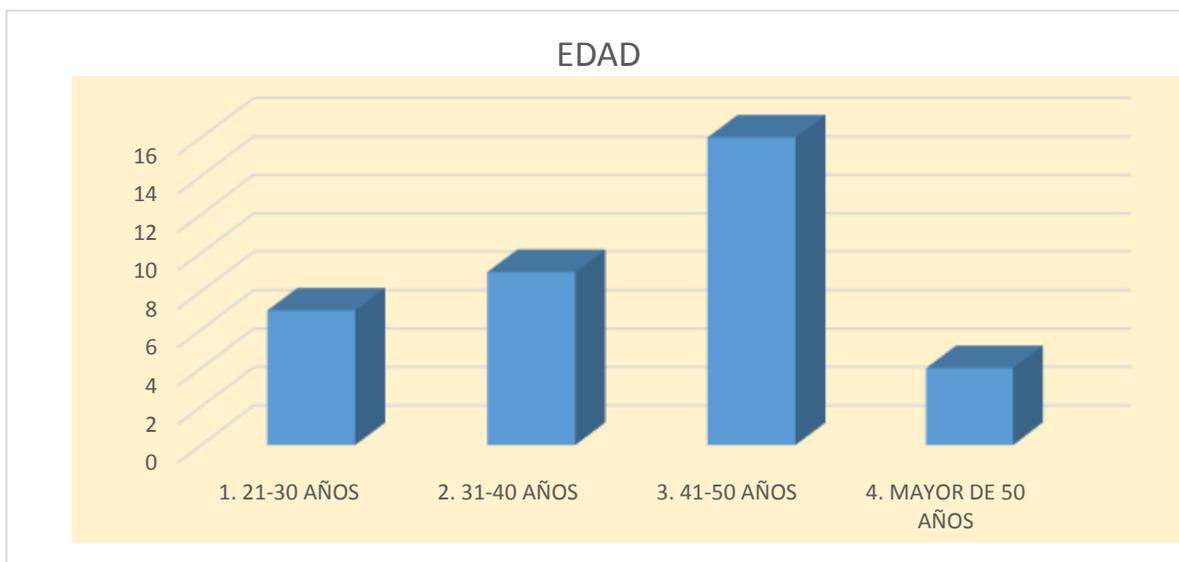
De los 36 enfermeros encuestados, se obtuvieron los datos representados en el cuadro anterior de acuerdo al sexo, dando como resultado que hay mayor porcentaje de profesionales de sexo Femenino (72%), mientras que el menor porcentaje (28%) corresponde al sexo masculino

TABLA N°2: Clasificación de profesionales según “edad”. Hospital Antonio J. Scaravelli, Tunuyán, Noviembre de 2016.

EDAD	FA	FR
1. 21-30 AÑOS	7	19%
2. 31-40 AÑOS	9	25%
3. 41-50 AÑOS	16	45%
4. MAYOR DE 50 AÑOS	4	11%

FUENTE: Encuesta realizada a profesionales en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°2



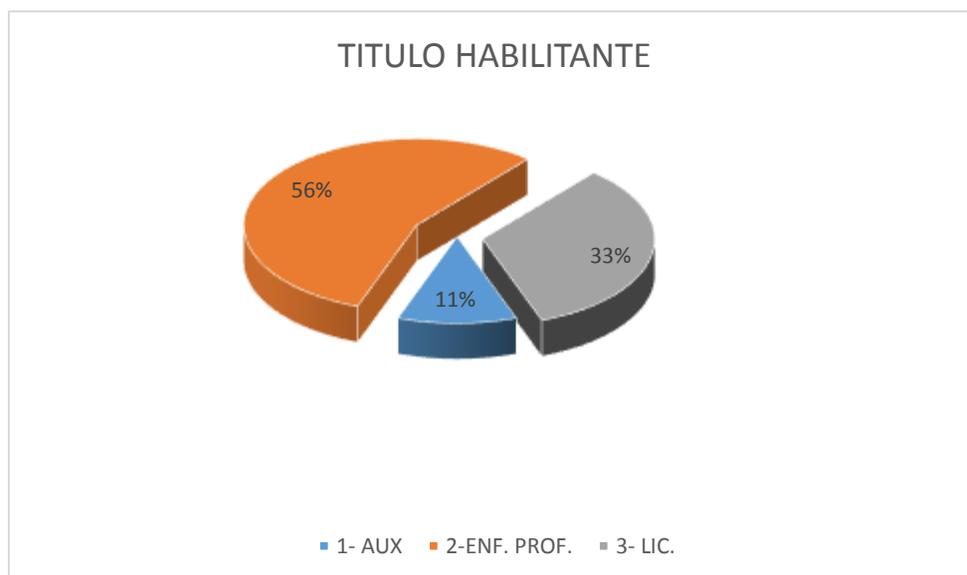
De los enfermeros encuestados, se obtuvieron los datos representados en la tabla anterior, el mayor porcentaje comprende edades entre 41-50 años representando el 45% de la población, un 25% comprende entre 31- 41 años, un 19% entre los 21-30 años, y el menor porcentaje es del 11% comprendido por edades mayores de 50 años.

TABLA N° 3: Clasificación de profesionales según “Título habilitante”. Hospital Antonio J. Scaravelli, Tunuyán, Noviembre de 2016.

TITULO	FA	FR
1- Auxiliar en Enfermería	4	11%
2-Enfermero Profesional	20	56%
3- Licenciado en Enfermería	12	33%
TOTAL	36	100%

FUENTE: Encuesta realizada a profesionales en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°3



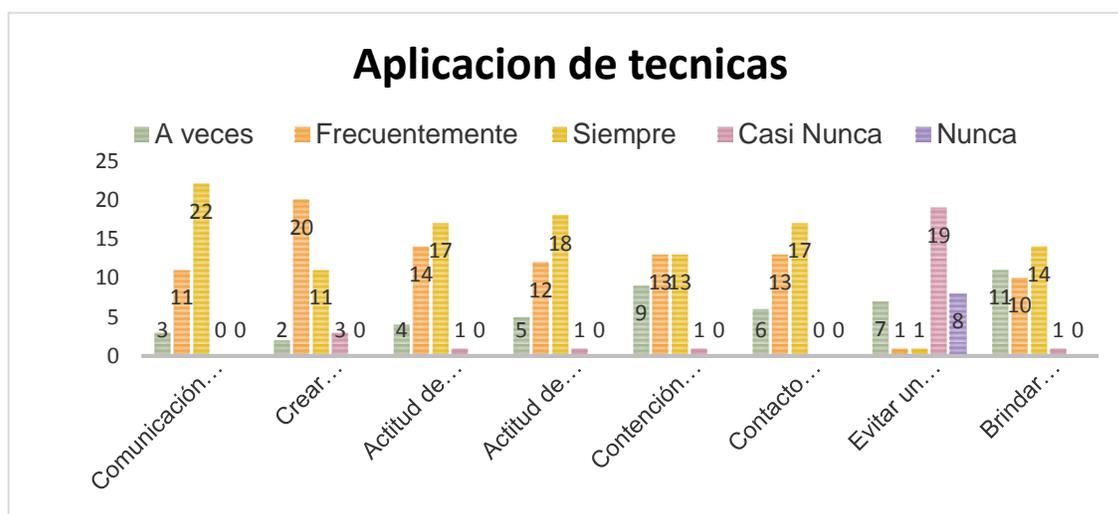
Del equipo de enfermería encuestado, la clasificación según el título habilitante, muestra que la población en su mayoría está formada por enfermeros Profesionales (56%), seguido de Licenciados en Enfermería (33%) y por ultimo Auxiliares en Enfermería (11%).

TABLA N°4: Clasificación según “aplicación de técnicas de cuidados psicoemocionales” del personal de enfermería del Hospital Antonio J. Scaravelli, Tunuyán, Noviembre de 2016.

Técnica de cuidado psicoemocional	A veces	Frecuentemente	Siempre	Casi Nunca	Nunca
Comunicación con el paciente	3	11	22	0	0
Crear ambiente tranquilo	2	20	11	3	0
Actitud de empatía	4	14	17	1	0
Actitud de escucha	5	12	18	1	0
Contención emocional	9	13	13	1	0
Contacto visual y corporal	6	13	17	0	0
Evitar un lenguaje técnico	7	1	1	19	8
Brindar orientación e información	11	10	14	1	0

FUENTE: Encuesta realizada a equipo de enfermeros en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°4



La clasificación según “aplicación de técnicas de cuidado psicoemocional” muestra que la técnica más utilizada (frecuentemente –siempre) por el equipo de enfermería es la de Comunicación con el paciente (33) 91%, seguida por

mantener un ambiente tranquilo, libre de factores estresante y actitud de empatía (31) 86%.

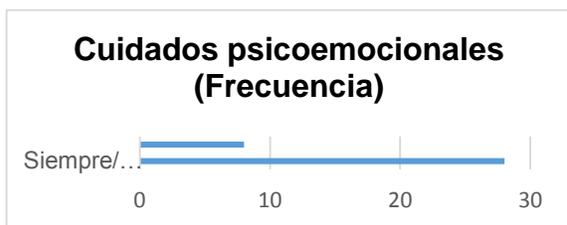
Sin embargo la técnica menos aplicada por el equipo de enfermería es la de brindar orientación e información para fomentar la independencia (24) 67% y la de contención emocional (26) 72%.

TABLA N°5: Representación de profesionales encuestados según la “frecuencia de técnica de cuidados psicoemocionales” que aplica a los pacientes oncológicos. Se realiza un análisis exhaustivo de cada encuesta, separando los resultados en dos grupos; aquellos que realizan cuidados psicoemocionales siempre y/o frecuentemente y los que lo hacen a veces- casi nunca y/o nunca.

Cuidados psicoemocionales		
Frecuencia	FA	FR
Siempre/ Frecuentemente	28	78%
A veces/ Casi Nunca/ Nunca	8	22%
Total	36	100%

FUENTE: Encuesta realizada a profesionales en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°5



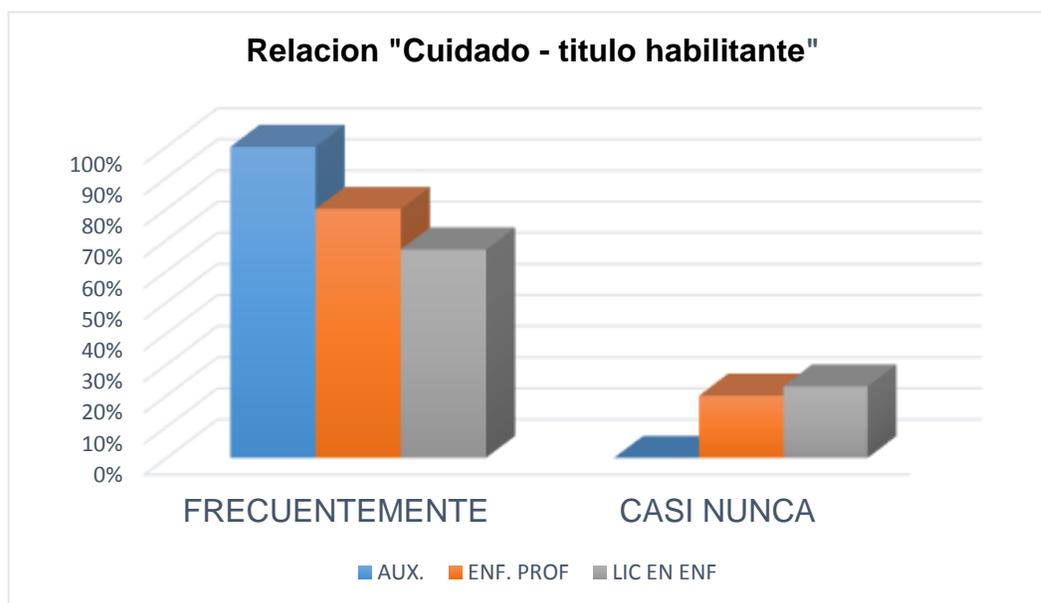
Del 100% de los Enfermeros encuestados, el 78% manifiestan haber realizados cuidados psicoemocionales en pacientes oncológicos con una frecuencia de siempre/ frecuentemente, mientras que un 22% lo realizan a veces/ casi nunca y/o nunca.

TABLA N°6: Relación entre aplicación de “cuidados psicoemocionales y título habilitante” del equipo de enfermería encuestado.

Titulo	Cuidados	Frecuentemente	Casi nunca
Auxiliar en enfermería		100%	0
Enfermero Profesional		80%	20%
Licenciado en Enfermería		67%	23%

FUENTE: Encuesta realizada a equipo de enfermeros en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°6



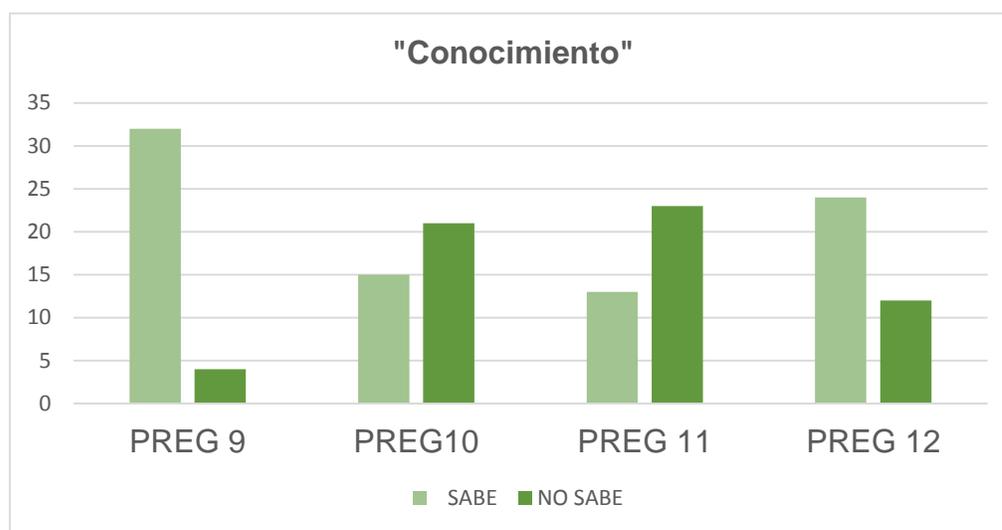
Del equipo de enfermería encuestado, la relación según “aplicación de cuidados y título habilitante”, nos muestra que el 100% de los Auxiliares de Enfermería aplican los cuidados psicoemocionales frecuentemente/ siempre, mientras que enfermeros profesionales lo hacen en un 80% y los Licenciados en Enfermería un 67%.

TABLA N°7: “Conocimiento” del personal de enfermería acerca de los derechos del paciente oncológico, las etapas y/o cambios emocionales, cuidados prioritarios y el Couselling como relación terapéutica de ayuda, representadas en las preguntas N° 9- 10- 11 y 12 respectivamente.

Conocimiento	Sabe	No sabe	Total
Derechos del paciente terminal (Preg-9)	32	4	36
Cambios emocionales (Preg-10)	15	21	36
Couselling (Preg-11)	23	13	36
Cuidados prioritarios (Preg-12R)	24	12	36

FUENTE: Encuesta realizada a profesionales en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°7



De los 36 enfermeros encuestados, 32 (89%) conocen a modo general la ley de derechos del paciente terminal, sin embargo 21 (58%) de ellos no saben el orden en que se presentan habitualmente los cambios emocionales del paciente oncológico, mientras que 23 (64%) conocen el Couselling como una terapia de relación de ayuda, y 24 (67%) de ellos reconocen que el tratamiento del dolor es el cuidado prioritario en la etapa terminal del paciente oncológico.

Análisis respecto de la falta de conocimiento:

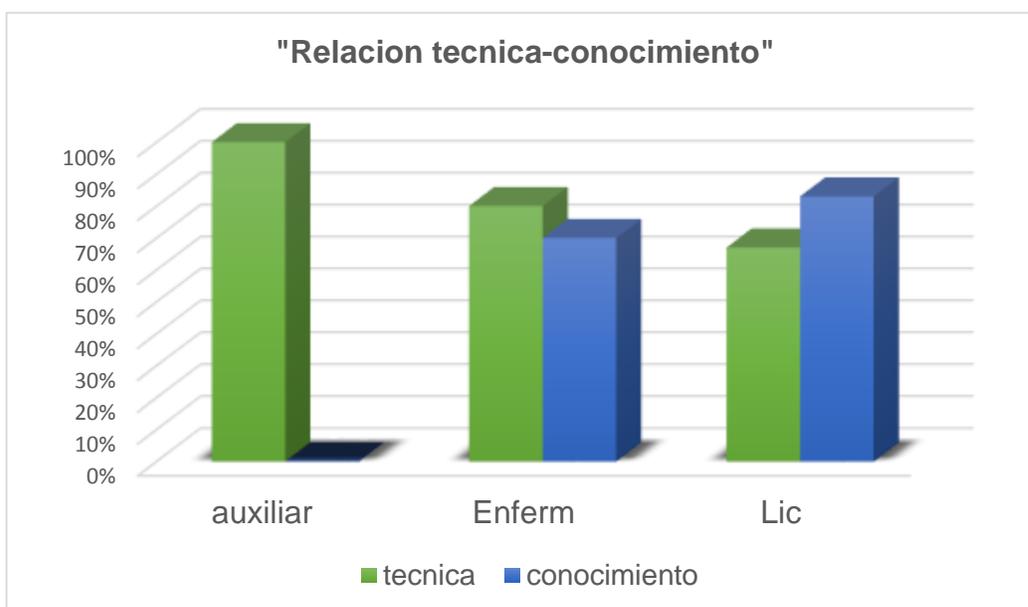
- 4 de 36 no sabe los derechos legales del paciente terminal.
- 21 de 36 no saben acerca de los cambios emocionales.
- 13 de 36 no saben que es el Counseling.
- 12 de 36 no saben que el tratamiento del dolor es un cuidado prioritario en la etapa final del paciente oncológico.

TABLA N°8 Relación entre “Titulo- aplicación de técnicas de cuidado y conocimiento” del personal de enfermería.

Titulo	Técnica	Conocimiento
Auxiliar de enfermería	100%	0%
Enfermeros Profesionales	80%	70%
Licenciados en enfermería	67%	83%

FUENTE: Encuesta realizada a equipo de enfermeros en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°8



Del equipo de enfermería encuestado, la relación según “titulo-técnica y conocimiento”, muestra que el 100% de los auxiliares de enfermería aplican las técnicas de cuidados a pesar de no tener los conocimientos, mientras que los enfermeros profesionales; un 80% aplican las técnicas y solo un 70% poseen los conocimientos, finalmente los licenciados en enfermería tienen el mayor porcentaje en conocimientos (83%) pero el menor en aplicación de técnicas de cuidado (67%).

Tabla N°9: Clasificación del equipo de enfermería según “han recibido capacitación integral en atención del paciente oncológico”.

¿Han recibido capacitación en atención integral en cuidado de paciente oncológico?		
Equipo de enfermería	Si	No
Auxiliar en enfermería	0	4
Enfermeros Profesionales	1	19
Licenciados en Enfermería	2	10
Total	3	33

FUENTE: Encuesta realizada a equipo de enfermeros en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016.

GRÁFICO N°9



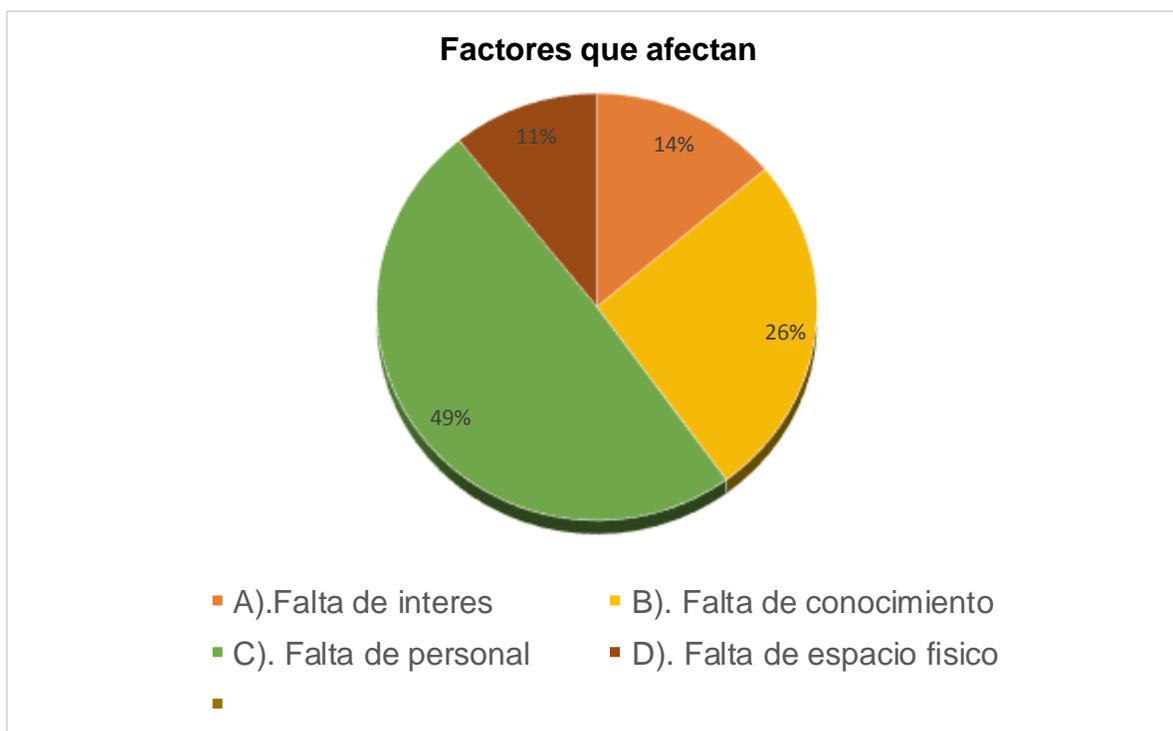
Del 100% de los enfermeros encuestados, un 92% no ha recibido capacitación mientras que el 8% restante manifiestan que si, 1 (uno) es enfermero profesional y 2 (dos) son licenciados en enfermería.

TABLA N° 10: Relación según “factores” que afectan y/o influyen en la aplicación de cuidados de enfermería en el paciente oncológico.

FACTORES	FA	FR
A).Falta de interés	9	25%
B). Falta de conocimiento	17	47%
C). Falta de personal	32	89%
D). Falta de espacio físico	7	19%

FUENTE: Encuesta realizada a equipo de enfermeros en estudio por los autores, Tunuyán, Mendoza. Año 2016

GRAFICO N°10



El equipo de enfermería encuestado considera que los factores que afectan en la atención del paciente oncológico son en un 49% por falta de personal, seguido de un 26% por falta de conocimiento, un 14% por falta de interés y por último un 11% por falta de espacio físico.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Del 100% (36) de los enfermeros encuestados, el 72% (26) es de sexo femenino, y el 28% (10) de sexo masculino. Con estos datos se puede afirmar que el equipo de enfermería de los servicios de Clínica Médica, Cirugía y Terapia Intensiva está conformado en su mayoría por mujeres.

Según el análisis de datos por rangos de edad, el mayor porcentaje comprende edades entre 41-50 años representando el 45% de la población, un 25% comprende entre 31- 41 años, un 19% entre los 21-30 años, y el menor porcentaje es de un 11% comprendido por edades mayores de 50 años.

De acuerdo a la clasificación por título habilitante el equipo de enfermería está conformado, en su mayoría, por enfermeros profesionales (56%), seguido por licenciados en enfermería (33%) y la minoría corresponde al (11%) por auxiliares.

Según la aplicación de técnicas de cuidado psicoemocional la más utilizada por el equipo de enfermería es la de Comunicación con el paciente (33) 91%, luego, mantener un ambiente tranquilo, libre de factores estresantes y actitud de empatía (31) 86%. Sin embargo, la técnica menos aplicada es la de brindar orientación e información para fomentar la independencia (24) 67% y la de contención emocional (26) 72%.

De acuerdo a la frecuencia de aplicación de cuidados el 78% manifiestan haber realizados cuidados psicoemocionales en pacientes oncológicos con una frecuencia de siempre/ frecuentemente, mientras que un 22% lo realizan a veces/ casi nunca y/ o nunca.

La relación según “aplicación de cuidados y título habilitante”, nos muestra que el 100% de los Auxiliares de Enfermería aplican los cuidados psicoemocionales frecuentemente/ siempre, mientras que enfermeros profesionales lo hacen en un 80% y los Licenciados en Enfermería un 67%. Con estos datos se puede afirmar que los enfermeros que realizan más técnicas de cuidado psicoemocional son los auxiliares en enfermería.

En relación a los conocimientos, de los 36 encuestados, 32 (89%) conocen a modo general la ley de derechos del paciente terminal, sin embargo, 21 (58%) de ellos no saben el orden en que se presentan habitualmente los cambios emocionales del paciente oncológico, mientras que 23 (64%) conocen el Counseling como una terapia de relación de ayuda, y 24 (67%) de ellos reconocen que el tratamiento del dolor es el cuidado prioritario en la etapa terminal del paciente oncológico.

Los datos permiten afirmar que:

- 4 de 36, no sabe los derechos legales del paciente terminal.
- 21 de 36, no saben acerca de los cambios emocionales.
- 13 de 36, no saben que es el Counseling.
- 12 de 36, no saben que el tratamiento del dolor es un cuidado prioritario en la etapa final del paciente oncológico.

Según “título-técnica y conocimiento”, muestra que el 100% de los auxiliares de enfermería aplican las técnicas de cuidados a pesar de no tener los conocimientos, mientras que los enfermeros profesionales; un 80% aplican las técnicas y solo un 70% poseen los conocimientos, finalmente los licenciados en enfermería tienen el mayor porcentaje en conocimiento (83%) pero, el menor en aplicación de técnicas de cuidado (67%).

Según datos aportados un 92% “no” ha recibido capacitación en atención integral del paciente oncológico, mientras que el 8% restante manifiestan que “sí”, 1 (uno) es enfermero profesional y 2 (dos) son licenciados en enfermería.

Finalmente, el equipo encuestado considera que los factores que afectan en la atención del paciente oncológico son en un 49% por falta de personal, seguido de un 26% por falta de conocimiento, un 14% por falta de interés y por último un 11% por falta de espacio físico.

CONCLUSIÓN

Según datos arrojados por esta investigación se llega a la conclusión que el equipo de enfermería del Hospital Antonio J. Scaravelli, el cual presta servicios en Clínica, Cirugía y Unidad de cuidados Intensivos, está conformado en su mayoría por enfermeros profesionales, de sexo femenino, con edades entre 41 y 50 años.

Partiendo de la pregunta que nos planteamos al comienzo de esta tesis, en la formulación del problema acerca de que, si el equipo de enfermería maneja técnicas y poseen los conocimientos para brindar cuidados psicoemocionales a pacientes oncológicos internados, estamos en condiciones de afirmar que los auxiliares de enfermería son los que aplican las técnicas de cuidados a pesar de no tener los conocimientos, mientras que los licenciados en enfermería tienen el mayor porcentaje en conocimiento, pero el menor en aplicación de técnicas de cuidado.

De acuerdo a la frecuencia, la mayoría manifiesta realizar técnicas de cuidado psicoemocional frecuentemente a siempre, y que la técnica que mayor se aplica es la de comunicación con el paciente, mantener un ambiente tranquilo, libre de factores estresantes y actitud de empatía. Mientras que la técnica menos aplicada es la de brindar orientación e información para fomentar la independencia y la contención emocional, técnicas pilares para hablar de cuidado psicoemocional.

Con respecto a los conocimientos, la mayoría no sabe el orden de los cambios psicoemocionales que afecta a una persona luego del diagnóstico, un aspecto fundamental para comprender las emociones del paciente y brindar el asesoramiento, la comprensión y respeto que conlleva cada una de esas etapas. Además, en la actualidad hay personal de enfermería que no sabe que la base de la atención al paciente en estadio terminal es el alivio del dolor.

El equipo de enfermería que brinda atención a los pacientes oncológicos del Valle de Uco, manifiesta, casi en su totalidad (92%) que aún no han recibido ninguna capacitación en la atención especial e integral del enfermo de cáncer.

Finalmente, los factores que influyen en la atención según la opinión de la mayoría, son la falta de personal, falta de conocimiento y falta de interés.

:

PROPUESTA Y RECOMENDACIONES.

Las propuestas derivadas de esta investigación son:

- Crear un proyecto de educación permanente en salud, destinado al personal de enfermería, con el objetivo de transmitir las bases formales y los últimos avances en cuidados psicoemocionales, desde una reflexión de la propia práctica y con la participación activa de los destinatarios, estimulando el desarrollo de competencias que les permita actuar eficazmente y lograr establecer un protocolo de actuación unificado, en donde el principal beneficiado es el paciente, como base fundamental del rol enfermero.
- Crear un proyecto para formar un equipo multidisciplinario, dentro del hospital Scaravelli, para la atención del paciente oncológico. Un equipo conformado por abogado, asistente social, psicólogo, psiquiatra, médico clínico, médico oncólogo, y personal de enfermería, con el objetivo de garantizar la atención holística, tanto al paciente como a su entorno.
- Realizar una segunda etapa de investigación abordando como temática principal la búsqueda de respuesta a la siguiente pregunta: ¿cuáles son las causas por las que los licenciados, el personal con mayor conocimiento, pero con menor porcentaje en aplicación de técnicas de cuidado psicoemocional?

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ **JOVELL, A.** “Cuando el medico es paciente” Biblioteca Josep Laporte, 15 de junio de 2004.Barcelona.España.
- ² Declaración de Posición. Investigación de enfermería [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 2007 [citado 12 marzo 2013]. 2 p. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/position-statements/>
- ³ **HENDERSON, Virginia.** “Naturaleza de la enfermería; reflexiones 25 años después” Madrid, I.
- ⁴ **NIGHTINGALE, Florence.** “Notas Sobre Enfermería”. Trad. De Sor Josefina Castro, Barcelona, Salvat, 1990. p. 115
- ⁵ **ESPINO MUÑOZ, S.** “Marco teórico de la enfermera, teorías que sustentan y modelos de atención” Mar del Plata. 2000.
- ⁶ **BLOCH-PARRY** “La vida y la muerte en la etapa final de la enfermedad”. Cap2pág. 39. España (1982).
- ⁷ **KÜBLET-Ross, E.** “Sobre la Muerte y los Moribundos” Ed. Grijalbo. Barcelona, 1989.
- ⁸ **GOLDMAN, A.** “Manual de Enfermería Oncológica” Ed. Instituto Nacional del Cáncer. Argentina, 2014.
- ⁹ **PEPLAU, H.** “Enfermería Psicodinámica” Edit Doyma. Tercera edición. Cap.21.1995
- ¹⁰ **SAUNDERS, C.** “inspiración para una vida en cuidado paliativos” Madrid. SECPAL.
- ¹¹ **GOLMAN, A.** “Manual de enfermería oncológica” Ed. Instituto nacional del cáncer Argentina.
- ¹² **ZENON DE SITIO** (335-263).

¹³ **BIMBELA J.L.**,” El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional” En. Sist. Sanit. Navar. (2001); 24 (Supl. 2): p. 34.

¹⁴ **BARRETO, M- SOLER SAÍZ, M.** “Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo” Ed. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona, 2004. p. 139-150 [consultado 2/1/12]. Disponible en:
<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo11.pdf>

¹⁵ **SANTANA ALVAREZ, J.- MIRANDA RAMOS, M,- SANTANA CAJIGAL, J** “La ética y el paciente con cáncer”. AMC [Internet]. 2009 Jun. [citado 2016, Noviembre 19]; 13 (:3)

¹⁶ **SAMPIERI, C- PILAR, B- FERNÁNDEZ, C** “Metodología de la investigación” Edit; Mc. Graw- Hill. Cuarta edición. México, DF. 2006.

¹⁷ VIAR, L.A (2013). Análisis de la Ley 26.742 de “Muerte digna” [en línea] Documento inédito perteneciente a la asignatura Bioderecho de la carrera de grado de Abogacía. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.unca.edu.ar/repositorio/contribuciones/analisis-ley-26742-muerte-digna.pdf> [Fecha de consulta: Octubre 2016].

¹⁸ **Benavent MA, et al.** “Fundamentos de Enfermería”. España: DAE. Grupo paradigma. Enfermería 21; 2002.

¹⁹ **COLLIERE, M.** “Promover la vida” Mc Graw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. Madrid 1ª edición 1993. Reimpresió1997 pags. 315-317. Guía para planificar cuidados Edición 2007 Editorial Elsevier España S.A. Kérrouac, 1996.

²⁰ **FLORES, M** “Comodidad del paciente hospitalizado” Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá Colombia 2001

ANEXO

Tunuyán, Mendoza, 15 de Octubre de 2016.

Al Departamento de Enfermería

S_____ / _____ D

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. para solicitar que a través de su intermedio, se gestione el consentimiento, para realizar estudio de investigación en el área de Clínica Médica, Cirugía y Terapia Intensiva durante el mes noviembre del corriente año; sobre “Cuidados psicoemocionales que brindan los enfermeros a pacientes oncológicos”. Dicho estudio tiene como propósito reconocer, a través de un estudio descriptivo, técnicas y conocimientos que poseen los enfermeros en la atención del paciente oncológico.

Para este estudio se instrumentará un cuestionario auto administrado en la modalidad de encuesta, que se le entregará a cada enfermero de forma individual en el área mencionada con la autorización y colaboración de la Enfermera Jefe de Unidad.

La recolección de los datos se utilizará manteniendo siempre el anonimato de la fuente de los participantes.

Los beneficios que se esperan obtener serán el punto de partida para introducir cambios favorables que se reflejen en el Cuidado

Enfermero.

Saludamos muy atte. Y a la espera de una pronta respuesta.

N	SE	ED	A	TI	I	I	I	F	I	P	I	P	F	P	P	P	P	P1	
1	M	1	A	2	C	B	C	C	B	C	D	C	SI	SI	R	C	NO	C	
2	M	4	C	2	A	D	B	B	B	A	D	A	SI	SI	M	C	NO	CD	
3	M	2	A	2	B	B	B	C	B	C	A	A	SI	SI	M	C	NO	C	
4	F	1	A	2	C	B	B	B	B	B	E	C	SI	SI	E	C	NO	C	
5	M	2	B	2	B	D	A	D	D	B	E	D	NO	SI	B	C	NO	C	
6	M	2	B	2	C	B	C	C	A	A	D	B	SI	NO	E	C	NO	C	
7	F	1	A	2	B	A	B	B	B	A	E	B	SI	NO	B	C	NO	BC	
8	F	3	B	1	B	C	C	C	B	B	D	A	SI	NO	R	C	NO	C	
9	F	4	C	1	A	B	C	C	B	B	E	A	NO	NO	M	C	NO	ABCD	
10	M	3	B	1	B	B	B	B	B	B	E	A	SI	NO	R	C	NO	BCD	
11	M	3	B	2	B	B	B	B	A	B	D	B	SI	SI	E	C	NO	B	
12	M	3	A	2	C	B	B	B	A	B	D	A	NO	SI	E	C	NO	C	
13	F	2	B	3	B	B	B	B	A	B	A	A	SI	SI	E	C	NO	BC	
14	F	4	A	2	C	C	C	C	C	C	A	B	SI	SI	E	C	NO	ABCD	
15	F	3	B	1	B	B	B	B	B	A	D	B	SI	NO	R	C	NO	B	
16	F	1	A	2	B	B	A	A	A	B	E	A	SI	NO	M	C	NO	C	
17	F	1	A	3	C	C	B	C	B	B	D	C	SI	SI	E	C	NO	CD	
18	F	3	B	2	A	B	A	A	A	A	E	A	SI	SI	E	C	NO	ABCD	
19	F	2	B	3	B	B	B	B	C	B	D	C	SI	SI	E	C	NO	ACD	
20	F	3	C	3	C	B	A	A	A	B	D	A	SI	SI	E	C	NO	C	
21	F	2	A	2	C	A	B	A	B	A	D	B	SI	NO	R	C	NO	AC	
22	F	2	A	3	C	D	C	C	B	C	C	D	B	SI	NO	E	C	SI	A
23	F	3	C	2	C	C	C	C	C	B	A	C	SI	NO	E	C	NO	B	
24	F	3	B	2	C	C	C	C	C	C	A	C	NO	NO	E	C	NO	B	
25	F	2	B	3	C	C	C	C	C	C	C	C	SI	NO	E	C	NO	B	
26	F	3	A	3	C	C	C	C	C	C	A	C	SI	NO	E	C	NO	B	
27	F	1	A	2	C	C	C	C	C	C	A	C	SI	NO	E	C	NO	B	
28	F	3	A	3	C	C	C	C	C	C	D	C	SI	SI	E	C	SI	B	
29	F	3	B	3	C	C	C	C	C	C	D	C	SI	NO	B	C	NO	C	
30	F	2	A	2	C	C	C	C	C	C	B	C	SI	NO	MB	C	NO	A	
31	F	3	B	3	B	B	C	C	B	C	D	B	SI	SI	R	C	NO	B	
32	F	3	B	3	C	B	C	B	A	C	D	C	SI	NO	R	C	NO	C	
33	M	3	B	2	C	B	C	C	C	C	D	C	SI	NO	R	C	SI	A	
34	M	3	B	2	C	B	B	C	C	C	E	B	SI	NO	R	C	NO	B	
35	F	1	A	3	C	B	B	A	B	C	D	B	SI	SI	R	C	NO	A	
36	F	4	C	2	C	B	D	B	A	C	D	A	SI	NO	R	C	NO	B	

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento y manejo del cuidado psicoemocional del paciente oncológico

DESTINATARIOS: Personal de enfermería de los servicios de Clínica Médica, Cirugía y Unidad de cuidados intensivos del Hospital Scaravelli.

EDAD:	SEXO:	
21-30 años	F	M
31-40 años		
41-50 años		
Más de 50 años		
AÑOS DE ANTIGÜEDAD:	TITULO:	
	Auxiliar de enfermería	
	Enfermero Profesional	
	Licenciado en enfermería	

1. Se comunica con el paciente antes y durante cualquier procedimiento:

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

2. ¿Procura mantener un ambiente tranquilo y libre de factores estresantes?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

3. ¿Usted mantiene una actitud de empatía con el paciente oncológico?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre

- d) Casi nunca
- e) Nunca

4. ¿Usted utiliza como técnica de cuidado la actitud de escucha?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

5. Ante la situación estresante que supone el curso de una patología oncológica. Usted aplica contención emocional en el paciente y su familia:

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

6. ¿Mantiene un contacto visual y corporal con el paciente?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

7. ¿Usted utiliza un lenguaje técnico para comunicarse con el paciente?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

8. ¿Brinda información y orientación en el paciente para alcanzar una mayor independencia?

- a) A veces
- b) Frecuentemente
- c) Siempre
- d) Casi nunca
- e) Nunca

9. La ley N° 26.742. Sobre los derechos del paciente terminal. Incluye (Marque la incorrecta):

- a) Historia clínica.
- b) Consentimiento informado
- c) Eutanasia legal.
- d) Muerte Digna.

10. Ordene cronológicamente, los cambios psicoemocionales que atraviesa una persona en etapa de duelo, luego del diagnóstico;

- a) Negación.
- b) Aceptación.
- c) Negociación.
- d) Ira.
- e) Depresión.

11. Marque verdadero o Falso. Según sus conocimientos EL COUSELLING en cuidados psicoemocionales es:

- a) Una técnica y estrategia que comprende habilidades y comportamientos.
- b) Es simplemente la capacidad de oír.
- c) Es una relación de ayuda, un asesoramiento terapéutico.
- d) Es la información efectiva que recibe el paciente.

12. Usted recibe en la unidad de internación un paciente con patología oncológica en estadio terminal, ¿cuál serían sus cuidados prioritarios?

- a) Administración de sedantes.
- b) Control de signos vitales y respeto al vínculo familiar sin intervenir.
- c) Alivio del dolor, comunicación terapéutica, contención emocional.

13. ¿Usted ha recibido en los últimos años algún tipo de capacitación en la atención integral del paciente oncológico?

- a) Si.
- b) No.

14. Señales cuales son los aspectos que podrían influir en la aplicación de cuidados psicoemocionales de enfermería en el paciente oncológico:

- a) Falta de interés.
- b) Falta de conocimiento.
- c) Falta de personal.
- d) Falta de espacio físico.

GRACIAS POR SU COLABORACION