



INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN  
SECCIÓN DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS COGNITIVAS,  
PROCEDIMENTAL Y ACTITUDINAL DE LAS ENFERMERAS EN  
RELACIÓN AL ESTADO DE ÁNIMO DE PACIENTES CON  
ENFERMEDADES TERMINALES EN EL HOSPITAL ARZOBISPO  
LOAYZA. AÑO 2013**

PRESENTADA POR

**LIBERTAD PASCUALA ALCOSER OLIVEROS**

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN EDUCACIÓN

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN  
SECCIÓN DE POSTGRADO**

**EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS COGNITIVAS,  
PROCEDIMENTAL Y ACTITUDINAL DE LAS ENFERMERAS EN  
RELACIÓN AL ESTADO DE ÁNIMO DE PACIENTES CON  
ENFERMEDADES TERMINALES EN EL HOSPITAL ARZOBISPO  
LOAYZA. AÑO 2013.**

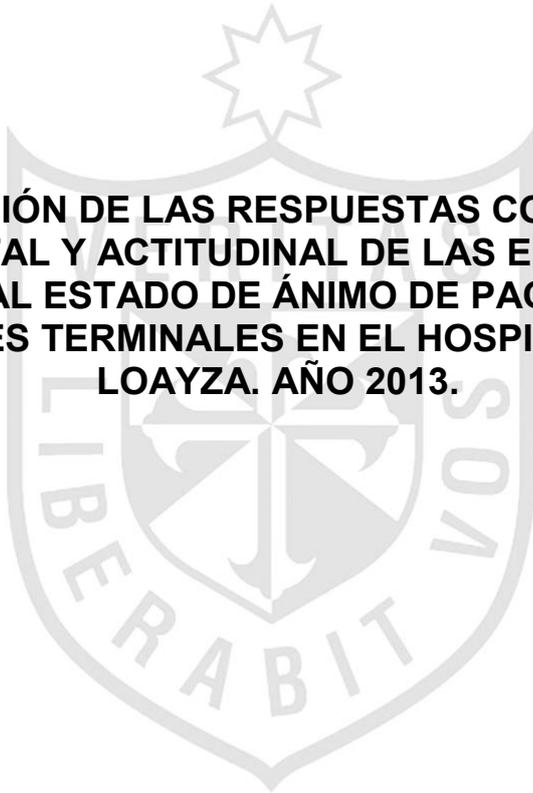
**TESIS PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN EDUCACIÓN**

**PRESENTADA POR:**

**LIBERTAD PASCUALA ALCOSER OLIVEROS**

**LIMA – PERÚ**

**2014**



**EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS COGNITIVAS,  
PROCEDIMENTAL Y ACTITUDINAL DE LAS ENFERMERAS EN  
RELACIÓN AL ESTADO DE ÁNIMO DE PACIENTES CON  
ENFERMEDADES TERMINALES EN EL HOSPITAL ARZOBISPO  
LOAYZA. AÑO 2013.**

## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

### **ASESOR:**

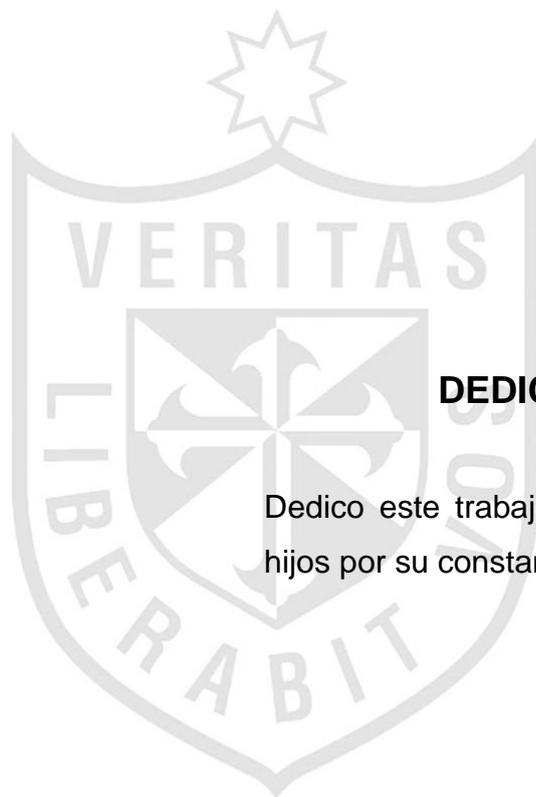
Dr. Carlos Augusto Echaiz Rodas.

### **PRESIDENTE DEL JURADO:**

Dr. Florentino Norberto Mayuri Molina.

### **MIEMBROS DEL JURADO.**

- Dr. Raúl Reátegui Ramírez.
- Dr. Víctor Zenón Cumpa Gonzales.
- Dra. Glida Marlis Badillo Chumbimuni
- Dr. Miguel Luis Fernández Avila.



## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi familia y a mis hijos por su constante apoyo y motivación.



## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a Dios, a la Universidad San Martín de Porres, a mi asesor, y sobre todo, a mi familia, por su constante apoyo y motivación en la elaboración de esta investigación.

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Portada	i
Título	ii
Asesor y miembros del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
<b>ÍNDICE</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	x
<b>ABSTRACT</b>	xi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	xii
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema general	5
1.2.2 Problemas específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	6

1.3.1	Objetivo general	6
1.3.2	Objetivos específicos	6
1.4	Justificación de la investigación	7
1.5	Limitaciones de la investigación	10
1.6	Viabilidad de la investigación	11
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>		<b>12</b>
2.1	Antecedentes de la investigación	12
2.2	Bases teóricas	17
2.3	Definiciones conceptuales	125
2.4	Formulación de hipótesis	141
2.4.1	Hipótesis general	141
2.4.2	Hipótesis específicas	141
2.4.3	Variables	142
<b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>		<b>143</b>
3.1	Diseño de la investigación	143
3.1.1	Diseño	143
3.1.2	Tipo – nivel	144
3.1.3	Enfoque	145
3.2	Población y muestra	145
3.2.1	Población	145
3.2.2	Muestra	146
3.3	Operacionalización de variables	147
3.4	Técnicas para la recolección de datos	147

3.4.1 Descripción de los instrumentos	147
3.4.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos.	150
3.5 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos	150
3.6 Aspectos éticos	151
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	<b>152</b>
4.1. Descripción de los resultados	152
4.1.1 Resultados del instrumento que mide las competencias de las enfermeras.	154
4.1.2. Resultados del instrumento que mide el estado de ánimo de los pacientes terminales	169
4.2. Proceso de prueba de hipótesis.	184
4.2.1. Hipótesis general	184
4.2.2. Hipótesis específicas	186
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>192</b>
5.1. Discusión	192
5.2. Conclusiones	196
5.3. Recomendaciones	199
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>202</b>
Referencias bibliográficas	202
Referencias hemerográficas	205
Referencias electrónicas	207

ANEXOS	208
Anexo N° 01: Matriz de consistencia	209
Anexo N° 02: Cuestionario	210
Anexo N° 03: Constancia emitida por la institución donde se realizó la investigación.	214



## RESUMEN

El estudio tiene el propósito principal de determinar si las competencias de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza.

El diseño de estudio es descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por un grupo de 140 enfermeras. Los instrumentos de recolección de datos fueron el Cuestionario sobre las Competencias de las enfermeras, y la Lista de Cotejo, sobre el Estado de Ánimo de los pacientes. El método de estudio fue cuantitativo. El análisis de datos se realizó mediante la prueba de Correlación de Pearson.

Los resultados muestran que existe una relación estadísticamente significativa de  **$r = 0.807$  y  $p = 0.000$  (donde  $p < 0,01$ )**, con una probabilidad de certeza del 99%, entre las Competencias de las Enfermeras y el Estado de ánimo de los pacientes en el Hospital Arzobispo Loayza. Es por ello, que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis afirmativa, así que: **“Evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras y su relación de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013”**, con una posibilidad de error de 1% de las veces.

**PALABRAS CLAVE:** Competencias de las enfermeras, Estado de ánimo, pacientes terminales, cuidados paliativos.

## ABSTRACT

The study has the principal intention of Determining if the competitions of the nurses relate to the state of mind of the patients to terminal illnesses in the Hospital Archbishop Loayza.

The design of study is a descriptive correlacional. The sample is constituted by a group of 140 nurses. The instruments of compilation of information are: The Questionnaire on the Competitions of the nurses and The List of Check on the State of mind of the patients. The method of study is quantitative. The analysis of information is realized by means of the test of Pearson's Correlation.

The results show that a statistically significant relation exists of  $r = 0.807$  and  $p = 0.000$  (where  $p < 0,01$ ), with a probability of certainty of 99 %, between the Competitions of the Nurses and the State of mind of the patients in the Hospital Archbishop Loayza. Is for it, which pushes the void hypothesis back and the affirmative hypothesis is accepted, so: **“The competitions of the nurses relate in a significant way to the state of mind of the patients to terminal illnesses in the Hospital Archbishop Loayza, year 2013”**, with a possibility of mistake of 1 % of the times.

**KEY WORDS:** Competitions of the nurses, State of mind, Terminal patients, Taken care palliative

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, y su impacto aumenta continuamente. Por ello, se estima que aproximadamente 17 millones de personas mueran prematuramente cada año a causa de esta epidemia mundial, así lo menciona el Instituto Nacional de Estadística e Informe (INEI), en su informe del 2005. Como se sabe las enfermedades crónicas son de larga duración y por lo general de progresión lenta. Siendo las principales; las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, consideradas hoy en día las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes (INEI, 2009).

En cuanto al cuadro global de las enfermedades crónicas, en el año 2005, del total de los 58 millones de defunciones que se produjeron en el mundo, se estima que 55 millones correspondieron a enfermedades crónicas, superando a las defunciones por causas infecciosas (incluidas el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas, perinatales y carenciales. 80% de estas muertes ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, donde la carga de la enfermedad está aumentando (INEI, 2009) (Mencía, 2002).

Este grupo pertenece a las enfermedades crónicas en donde la cura es muy difícil de lograr, sin embargo, el conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia se logra con la aplicación adecuada de las competencias educacionales de las enfermeras, basado en un cuidado adecuado que implica aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor; todo ello, dará origen al cuidado paliativo (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2007). El cual es una necesidad inherente en este tipo de enfermedades, puesto que, la gran mayoría de estas son recurrentes y en las recaídas que se van teniendo se rescatan diversos aspectos como es el emocional, psicológico y espiritual; de la misma manera, que los lazos familiares se rompen o en algunos casos se fortalecen, siempre y cuando, se den las armas necesarias para enfrentar estas situaciones, pero el cansancio del cuidador se da poco a poco conforme transcurre la enfermedad y es allí, cuando surge la necesidad de trabajar con la familia y los cuidados paliativos son la mejor forma de hacerlo ya que en su definición incluye el trabajo con la familia y esta, a su vez, es proveedora y co proveedora de cuidados. López, (2011).

En el día a día del enfermo, aparece incertidumbre, miedo, incompreensión ante lo que le está sucediendo y ante las estadísticas presentadas, se formulan preguntas para las que no se encuentran respuestas. Estos sentimientos se hacen más intensos si la enfermedad se acompaña de síntomas como dolor, insomnio, debilidad, etc. Esta puede ser también una forma de ver que el cuidado farmacológico es insuficiente, en cambio, el cuidado paliativo posee instrumentos básicos como: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, contar con una organización flexible y un equipo interdisciplinar que pueda conseguir los objetivos de atención para el paciente en estado terminal y su familia.

La enfermería forma una parte fundamental del equipo, ya que la identificación conceptual del profesional de Enfermería es cuidar. Los cuidados paliativos nos transmiten el hecho de que el paciente no está pendiente de un diagnóstico, ni precisa remedios curativos para su enfermedad. Por el contrario, precisa ser asistido, con el objetivo de mitigar las molestias que pueda causar su enfermedad. La enfermería debe estar cerca, próxima y asequible tanto para el paciente como para su familia, observa situaciones, su atención es continuada junto al paciente y sirve de enlace entre el paciente y otros profesionales. Mencía, et. al., (2002).

Por lo tanto, el profesional de enfermería debe estar a la vanguardia del tiempo frente al aumento de las enfermedades crónicas degenerativas y de larga duración en donde el cuidado farmacológico es insuficiente y es necesario paliar el dolor solo físico y espiritual, y para lograrlo el profesional de enfermería debe aplicar sus competencias educacionales cognitivas, procedimentales y actitudinales, para ayudar a la persona a afrontar la enfermedad y que aprenda a vivir con ella, al alivio del dolor, apoyo psicológico, espiritual, y tratamiento de los síntomas y/o tener una muerte digna y acompañado de las personas que ama. López, (2011).

Entonces, queda claro, que el cumplimiento adecuado de las competencias profesionales de las enfermeras en el Hospital Arzobispo Loayza, en los casos de pacientes con enfermedades terminales, puede ayudar a mejorar su estado de ánimo, solo así, se puede ofrecer una calidad de vida a los pacientes. Las profesionales en enfermería deben de contar con conocimientos suficientes, capacitación y actualización permanente, actitud y aptitud para atender de la mejor manera y en las mejores condiciones a los pacientes terminales de este nosocomio y así lograr darles mejor calidad de vida.

A continuación, la presente tesis consta de seis capítulos, cuyos contenidos se describen a continuación.

El capítulo I, comprende el planteamiento del estudio, que expone la situación problemática, la formulación del problema, la justificación, los objetivos,

El capítulo II, comprende el marco teórico, en el que se expone los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos.

En el capítulo III, se presenta la hipótesis de estudio. En el capítulo IV, se muestra la metodología que incluye el tipo de estudio, el diseño de estudio, la población y la muestra, las técnicas y los instrumentos de recolección de datos, las técnicas de procesamiento y los aspectos éticos.

En el capítulo V, se presenta los resultados de la investigación, que considera la descripción de los resultados y el proceso de prueba de las hipótesis planteadas.

En el capítulo VI, se expone la discusión de resultados.

Por último, se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía consultada y finalmente los anexos referidos a la matriz de consistencia y los instrumentos de la investigación.

Esperamos, que en este estudio, se plasme la finalidad primordial del estudio, que reside en presentar un análisis de las competencias educacionales adecuadas de las enfermeras que contribuya a mejorar el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales. De este modo, se contribuye a elevar la calidad de vida de la sociedad.

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

Desde la trayectoria personal es habitual observar que en el cuidado de enfermería de los pacientes con enfermedades terminales se aborda desde una práctica puramente técnica y mecánica, descuidando el aspecto emocional que invade al paciente, olvidando que estas situaciones provocan mayor vulnerabilidad al ser humano cuando la muerte o su proximidad, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además, se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión.

La enfermería en su disciplina profesional se caracteriza por el arte del cuidado, dejando de lado en muchas oportunidades una actitud de escucha para aquellos pacientes que desean manifestar sus emociones o sentimientos que los aquejan, ya que por la escasez del recurso humano, se debe priorizar la atención de aquellos pacientes con necesidades fisiológicas dependientes.

Existen algunas condiciones laborales, como falta de personal de enfermería, falta de camas disponibles, distribución de las camas y sueldos bajos, que impactan en el estado emocional y particular de cada enfermero, y en cierta forma condiciona la labor del cuidado enfermero que día a día debe dar respuesta, no solo a las necesidades fisiológicas alteradas, sino también a cada situación social y emocional que se presenta en cada individuo, familia y/o comunidad.

En este contexto, un problema que surge en enfermería es que no mantienen las competencias educacionales adecuadas para enfrentar esta situación de la persona que va a morir, y se genera una confusión en el personal de enfermería sobre su funciones ante el paciente y se siente frustrado porque no lo puede curar, cuando su función es la del cuidado, más allá del tiempo de vida que le quede al enfermo, o si este se va a curar o no.

La Organización Mundial de la Salud define al “paciente terminal” como aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con la falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes y pronóstico de vida no mayor a seis meses

La muerte ocurre a diario, en la práctica del profesional de enfermería. Es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Los pacientes en estado terminal temen no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus competencias, la tarea de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer la preparación profesional acerca de la muerte y las actitudes frente a ella. En esta línea, los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos.

En la actualidad, se ha institucionalizado la muerte, pues se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar. Esto origina que el profesional de enfermería deba desarrollar sus competencias laborales de manera eficiente, basado en una importante participación de este proceso, tanto con el paciente moribundo como con sus familias; se hace partícipe todo el equipo de salud, pero los enfermeros tienen una participación directa, ya que satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

Para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en enfermería, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos, tanto en su formación de pregrado como durante su desempeño profesional. Reviste gran importancia, conocer las competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales del profesional de enfermería ante la muerte, por la forma en como estas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares.

Actualmente, la mayoría de los fallecimientos se producen en hospitales o en instituciones sociosanitarias, dando lugar al desplazamiento institucional de la muerte y, es claro, que los avances técnico-sanitarios, el aumento de la profesionalidad y la especialización en el cuidado de los enfermos en situación terminal, han posibilitado esta realidad.

Para todo ser humano, la proximidad de una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal. Por ello, la imagen que se tiene del moribundo es de peligro y dolor físico, pero más que dolor sufren angustia por el proceso que avanza que los aleja de los suyos, miedo a lo desconocido, dolor al deterioro y dependencia, ver sufrir a los seres queridos y a la separación inminente.

No obstante, es importante comprender que, durante el tiempo que dura su trayecto, los enfermos terminales pasan por estados de ánimo muy distintos: tendrán días malos, por supuesto, días en los que la pena, la desolación, el miedo, la angustia y la soledad lo tiñan todo de desánimo. Pero también tendrán días y momentos buenos en los que reirán, se ilusionarán, se esperanzarán, disfrutarán de las cosas y de las compañías y tendrán más capacidad para aceptar su realidad, sin vivirla como una amenaza.

Frente a este panorama, el profesional de enfermería aún no toma conciencia de la necesidad de una constante actualización de las competencias educacionales y laborales, una reevaluación de los currículos de modo que exista un mayor equilibrio entre los conocimientos técnicos recibidos y la preparación en los aspectos humanos y bioéticos. Los profesionales de enfermería todavía no lideran el cuidado y la protección de la vida hasta su término natural. En la labor

diaria, las enfermeras requieren de competencias educacionales adecuadas para proporcionar el cuidado los pacientes terminales, puesto que el manejo de síntomas es delicado y una preparación rigurosa lo puede proporcionar un programa estructurado de guía para brindar un mejor cuidado al enfermo terminal.

Desde el punto de vista del grado o nivel de conocimiento que deben tener las enfermeras respecto del estado de ánimo de sus pacientes, sobre todo de aquellos que son pacientes con enfermedades terminales, es necesario que estas profesionales tengan el suficiente conocimiento y preparación para poder dar una mejor calidad de vida y tratamiento a dichos pacientes por lo delicado de su salud. Para ello, deben estar actualizadas permanentemente en su especialidad; asimismo, deben aplicar dichos conocimientos en beneficio de los pacientes terminales y también debe haber una actitud positiva y predisposición a nivel profesional de atender de la mejor manera a este grupo de pacientes; en suma estas profesionales deben estar dotadas de conocimiento, experiencia, actitud y aptitud en su carrera profesional, situación que no es la mejor en el Hospital Arzobispo Loayza.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Qué relación existe entre la evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- a. ¿De qué manera las competencias cognitivas de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013?
- b. ¿De qué manera las competencias procedimentales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013?
- c. ¿De qué manera las competencias actitudinales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras y el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- a. Identificar si las competencias cognitivas de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

- b. Establecer si las competencias procedimentales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.
- c. Reconocer si las competencias actitudinales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

La ejecución de la presente investigación se justifica por las siguientes razones:

##### **Justificación metodológica**

Los cuidados paliativos han abierto, en los últimos años, una ventana de luz para quienes están en la tiniebla de una enfermedad terminal. Las competencias laborales de las enfermeras han logrado hacer un puente entre el diagnóstico que desahucia al paciente y el momento de su deceso, aportando cuidados que implican cada parte de la vida de quien muere, y han acercado una filosofía del no abandono y de la necesidad que el hombre siente hacia sus últimos momentos de percibir la humanidad.

Por una parte, las experiencias de las enfermeras, que han tenido la oportunidad de trabajar en la atención a pacientes terminales en servicios de hospitalización, atendiendo el dolor y el sufrimiento de los pacientes y sus familias, y por otro lado, los docentes de bioética consideran la necesidad de incursionar en una investigación capaz de contribuir en el rescate de una atención integral, ética y humana al grupo de pacientes con muerte inminente.

Desde un aspecto metodológico, este estudio contribuye a proporcionar nuevas formas o maneras de atender a los pacientes con enfermedades terminales.

### **Justificación práctica**

En el ámbito hospitalario, los profesionales de la salud son inevitablemente, pieza clave del entorno del moribundo y su familia, por tal razón las enfermeras son parte del proceso del duelo y como tal, el rol debe ser afectivo y respetuoso de las necesidades de la persona vista de modo integral. Aceptar el protagonismo del enfermo, su posibilidad de escoger entre varias opciones y reconocer que cada persona recorre el camino hacia la muerte con etapas diferentes, pueden responder a intervenciones adecuadas de apoyo de tipo físico y psicosocial, y no solo medicación y tratamientos invasivos.

Las limitaciones que el estudio plantea, dan a conocer las dificultades que la sociedad y la propia enfermedad presentan a la hora de indagar en cuestiones cruentas de los individuos (como es el caso de la muerte), estas son complejas de afrontar, tanto por los propios individuos que las padecen, como por los profesionales de enfermería que asumen la responsabilidad de intentar solucionarlas.

Por otro lado, la tendencia actual dentro del rescate de la humanización, conduce a los profesionales de enfermería a propender una muerte digna de los pacientes. Los enfermos terminales requieren por tanto unos cuidados muy continuos para esa sintomatología cambiante que no serán cuidados

“intensivos”, sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas típicos de la enfermedad terminal sino cuidando con plenitud sus últimos meses o días y permitiendo que tengan una muerte digna.

Mediante este estudio, se recomendará acciones prácticas que contribuyan a una mejor atención de las enfermeras y a la satisfacción del paciente con enfermedad terminal.

### **Justificación social**

El estudio se justifica desde el punto de vista social por cuanto se aporta al problema de grandes segmentos sociales, especialmente de población que se ubica dentro de la clase pobre o de extrema pobreza. Esta población que recibió una atención médica en los centros hospitalarios, en distintos estadios de las enfermedades, con la idea de mejorar su estado de salud. En este caso, se revisó, el hecho de los pacientes con enfermedades terminales y la necesidad del desarrollo de competencias de las enfermeras en el cuidado.

La presencia y demanda cada vez mayor de pacientes con enfermedades terminales en áreas de hospitalización más la avanzada tecnología y tratamientos se han convertido en situaciones complejas que involucran grandes dilemas éticos en donde las competencias de las enfermeras son determinantes,

aunque en la mayoría de los casos la participación en la toma de decisiones por parte del paciente o de su familia es escasa.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones para llevar a cabo esta Tesis fueron:

- a. Un primer impedimento es la limitación económica, para realizar una buena investigación, se necesita hacer gastos en libros, copias, hojas, titeos, uso de la *internet*, y muchos más, que suman una cantidad económica considerable.
- b. La elaboración del presupuesto, de manera oportuna y clara, permitió planificar los gastos de los materiales, recursos humanos y otros, evitando comprar o realizar actividades innecesarias, que solamente disminuyen el capital del investigador.
- c. Hay una limitación de fuentes bibliográficas, en la biblioteca de la universidad, consistente en poca bibliografía y trabajos de investigación respecto al tema del presente estudio. Sin embargo, la visita a varias bibliotecas especializadas de las universidades, permitió acceder a información valiosa y actual sobre el mismo. Se han considerado las fuentes bibliográficas y hemerográficas que más ideas aportan al estudio y al análisis sobre el tema.

- d. Otra limitación son los escasos antecedentes, dado que no existen estudios al respecto; por lo que se ha tenido que recurrir a buscar antecedentes extranjeros.
- e. El tiempo es otro factor que dificultó la realización de una investigación rigurosa y profunda. En este estudio, se planificó el tiempo de investigación de manera oportuna, logrando de esta manera culminar la tesis en un tiempo razonable. Además, se superó haciendo uso de los días feriados y recortando horas de descanso.
- f. Otras limitaciones son las barreras que siempre se encuentra en la institución, pero, felizmente, dada la importancia del estudio, finalmente se autorizó su realización.

#### **1.4 Viabilidad de la investigación**

La gestión de la Tesis fue viable, porque se contó con los recursos humanos para la formulación del proyecto, trabajo de campo y la elaboración del Informe Final de Tesis. Además, se contó con los materiales y recursos necesarios para concretar el apoyo a la ejecución del proyecto. Así mismo, se contó con los recursos financieros necesarios para el logro de los objetivos.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

Aiquipa (2003), realizó un estudio sobre “Calidad de atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”, para optar el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El problema general en esta tesis fue formulado de la siguiente manera: ¿Cuál es la Calidad de Atención de Enfermería, según la opinión de los pacientes sometidos a tratamiento de Quimioterapia en la Unidad de Terapia Multidisciplinaria (UTM) del Instituto de Enfermedades Neoplásicas Lima, 2003?. El objetivo fue identificar la calidad de atención, según la opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario UTM. El método que utilizó fue descriptivo trasversal. La población estuvo conformada por 40 pacientes. El instrumento que utilizó fue un cuestionario y la técnica fue la entrevista. Las conclusiones a las que se llegaron en esta investigación fueron: “La calidad de atención de enfermería

en el servicio de UTM fue buena”, según la opinión de los paciente que recibe quimioterapia; en relación a la dimensión humana, dimensión oportuna y dimensión continua es buena, ya que reciben una atención personalizada, con respeto, amabilidad y continua, durante las 24 horas del día; la dimensión segura es regular, faltándole a la enfermera brindar educación al paciente y a la familia sobre su autocuidado.”

García (2006), realizó un estudio titulado “Opinión del paciente con cáncer sobre los cuidados de la enfermera en la satisfacción de sus necesidades emocionales y espirituales en el Servicio de Medicina Oncológica del Hospital Belén de Trujillo”, para optar el grado de Licenciado en Enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El problema general fue formulado de la siguiente manera: ¿Cuál es la opinión de los pacientes sobre los cuidados de la enfermera en la satisfacción de sus necesidades emocionales y espirituales?. El objetivo del estudio fue el de identificar la opinión que tienen los pacientes sobre los cuidados de la enfermera en la satisfacción de sus necesidades emocionales y espirituales. El estudio descriptivo de corte transversal de tipo cuantitativo y nivel aplicativo acerca. Aplicó una escala de Lickert modificada a 50 pacientes que recibían quimioterapia. Las conclusiones fueron: La opinión de los pacientes con cáncer sobre la dimensión emocional del cuidado de Enfermería en el Servicio de Medicina Oncológica es satisfactoria en un 66%, recibiendo el paciente atención personalizada con amabilidad, respeto, aceptándole tal como es, escuchando y aclarando sus temores o preocupaciones; y el 34% corresponde a una opinión insatisfactoria; un porcentaje significativo; por lo

que es necesario se establezcan mejores estrategias para lograr que la atención de enfermería sea satisfactoria en un 100%.

Morales (2004), realizó un estudio titulado, “Calidad de atención desde la perspectiva del paciente”, en la Universidad Autónoma Nuevo León. El problema general: ¿Cuál es la percepción de los usuarios respecto a la calidad de atención al paciente? El objetivo fue determinar, desde el punto de vista de los usuarios, que dimensiones de la atención son relevantes en la atención de calidad. Es un estudio tipo cualitativo exploratorio. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de Cirugía General y fueron entrevistados a su egreso en sus domicilios. La técnica utilizada fue la entrevista con una guía semiestructurada. Las conclusiones fueron Los resultados mostraron que los usuarios pudieron identificar la dimensión técnica y la dimensión interpersonal, donde señalaron algunos aspectos que deben ser reforzados, ya que no son buenos, sino regulares, como el manejo del dolor, la continuidad de la atención, la competencia del personal de enfermería y la información proporcionada en la dimensión técnica. Pero también hay puntos que el usuario califica como regulares en la dimensión interpersonal como el trato que brinda el personal de enfermería. En infraestructura, se encontró la falta de ropa, medicamentos y deficiencias en el mobiliario; en lo referente a los servicios otorgados por otros departamentos se encontró relevante el trato y el tiempo de espera.

Roure (2005), realizó un estudio titulado: “Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados del Hospital Universitario Arnau Vilanova- Holanda”, para optar el grado de Licenciado en Enfermería en la Universidad de Arnau Vilanova. El problema general: ¿Cuál es el nivel de apoyo emocional de las enfermeras en pacientes hospitalizados del Hospital Universitario Arnau Vilanova - Holanda? El objetivo del estudio fue medir el apoyo emocional de las enfermeras, en pacientes hospitalizados del Hospital Universitario Arnau Vilanova - Holanda. Es un estudio descriptivo, transversal; para ello, se empleó un triple cuestionario estructurado a un total de 127 pacientes, utilizando el cuestionario de Duke, para medir el apoyo emocional que valora principalmente dos dimensiones, la confidencial por la que se recibe información y consejo o permite compartir inquietudes y la afectiva, por la que se expresa amor, cariño, estima y simpatía.

En esta Tesis, se llegó a las siguientes conclusiones: Para los enfermos, el apoyo social percibido, se basa principalmente en la percepción de afecto con un 76.5% de satisfacción, seguido de ser ayudados en situación de enfermedad con un 69.1% de puntuación, el 87.5% de enfermos no encuentra deficiencias en la asistencia proporcionada por el profesional de enfermería, un 7.3% aprecia deficiencias en dedicación de tiempo y en la información proporcionada y un 5.2% señala deficiencias en la amabilidad en el trato. Además, hace mención que es importante no olvidar que el trato del profesional con el paciente debe ser ante todo afectuoso y ha de manifestar el deseo de ayudar, ya que la mejor puntuación de apoyo social corresponde a la percepción de afecto.

Montagud (2012), en su investigación “Evaluación neuropsicológica, estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica” para optar el grado de doctor en la Universidad de Valencia, señala que su investigación tuvo como tema central la evaluación de las capacidades cognitivas, la calidad de vida, los estados de ánimo y otras variables, en la población clínica de enfermos renales crónicos, sometidos a un tratamiento sustitutivo de la función renal. Todo ello, además, comparado con un grupo control. El objetivo de este estudio fue obtener información sobre la calidad de vida, el nivel de estrés, el estado de ánimo y el perfil neuropsicológico de los enfermos renales crónicos sometidos a diálisis en base a una muestra de pacientes del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia.

Una de las principales conclusiones a las que se llegó en esta investigación fue la calidad de vida percibida, el estrés y la calidad del sueño, juegan un papel importante en el aumento y mantenimiento de las afectaciones neurológicas y cognitivas de los pacientes, especialmente en los pacientes que realizan la modalidad de tratamiento sustitutivo.

Aguilera (2012), en su investigación, “Actitud de enfermería frente al paciente terminal” para la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; refiere que el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en el tratamiento del dolor y de los cuidados permanentes al paciente declarado terminal.

El contacto continuo con el paciente lo lleva a establecer con él una relación de cercanía y cordialidad, el enfermero debe ser capaz de responder

profesionalmente al paciente, pero también humanamente, ya que este esta no solo viviendo sus últimos momentos, sino también en una situación muy especial y particular que no puede vivir la persona que muere de manera repentina o que pasa sus últimos días u horas en estado de coma en un servicio de terapia intensiva.

Muchos de los cuidados que se brindan están protocolizados, pero debe existir siempre una cierta flexibilidad en ellos, debido a que cada paciente es un ser único e individual.

## **2.2 Bases teóricas**

### 2.2.1. Fundamento Pedagógico

#### 2.2.1.1. La epistemología genética de Piaget

Con el pensamiento piagetiano, desde la tercera década del siglo XX, se plasma de modo concreto el paradigma constructivista en los trabajos de lógica y sobre el pensamiento verbal de los niños. Estos estudios fueron motivados por las inquietudes epistemológicas que el propio Piaget traía desde su juventud (Hernández-Rojas, 1998).

Según Piaget, se aprende cuando el sujeto trata de adaptarse al medio; cuando un concepto nuevo se presenta sobre otros ya existentes, se genera un conflicto cognitivo o desequilibrio en su estado mental que se resuelve mediante un proceso de equilibración entre la asimilación (cuando el sujeto interpreta la

información que proviene del medio en función de sus esquemas o estructuras conceptuales disponibles) y la acomodación (cuando se modifica el esquema asimilador o se crean otros en respuesta a la nueva información).

Koplowitz (1981) afirma que la epistemología de Piaget es constructivista en dos grandes sentidos, a través de los procesos de asimilación y acomodación. La información no se presenta como tal, sino que el individuo la asume según sus esquemas; por otro lado, un nuevo esquema no es copia, es creado gracias a la equilibración. Las estructuras del sujeto son el resultado de sus propias acciones y no, de una fuente externa. Piaget propone una teoría donde las estructuras cognoscitivas surgen de estructuras previas mediante la acción, el desequilibrio y la equilibración. El mecanismo de equilibración explica la elevación del nivel de estructuras, para un mayor y mejor conocimiento. Así, lo explican Tudge y Rogoff (1996), quienes afirman que en la teoría de Piaget, la equilibración es el factor principal del desarrollo, cuando el esquema se altera de modo que la nueva experiencia se ajusta mejor, el equilibrio se restablece a un nivel superior.

Si bien Piaget no abordó los problemas educativos de modo sistemático, dejó algunos escritos sobre educación, entre ellos: *Psicología y Pedagogía*, aparecido, por primera vez en 1976. Los seguidores de esta la teoría, en un primer momento, desplazaron el problema de la enseñanza al del aprendizaje, el docente pasó a un lugar secundario y se interpretó a la enseñanza como una actividad subordinada a los procesos del desarrollo (Hernández- Rojas, 1998).

Si bien Piaget (1981) estuvo de acuerdo con usar métodos activos y criticó la enseñanza transmisionista y verbalista; aclaró que un planteamiento activo sin el sustento teóricoempírico no aseguraba la comprensión correcta de las actividades espontáneas de los aprendices. Según esta nueva visión, se reconoce el valor de los contenidos programáticos como preexistentes al alumno donde éste último, muchas veces no puede reconstruir por sí solo, sino con la ayuda del maestro. Es decir, se recupera la actividad constructivista del estudiante; sin embargo, el maestro es responsable de la situación didáctica y de la reconstrucción de los contenidos curriculares.

En resumen, podemos indicar que la epistemología genética se centra en la explicación del origen de la construcción del conocimiento. Es decir, explicar es dar cuenta de un fenómeno, a través de una serie de inferencias, donde se establece un proceso entre el fenómeno y la situación. Esta es una relación causal entre A y B. Piaget sienta las bases para la explicación de lo que llamamos “conocer”, “comprender”, “explicar”. La explicación surge de la investigación de los procesos de cambio de nivel a otro, más que del análisis de los estados en cada nivel. Todo observable es una construcción del sujeto. El conocimiento proviene de la coordinación de las acciones. En la ciencia, partiendo de las teorías ya constituidas, se construyen históricamente las ideas y conceptualizaciones que generaron su desarrollo. Piaget, con todo el trabajo empírico que hizo, logró explicar no solamente cómo conoce el niño, sino cómo se da el proceso de construcción del conocimiento.

Woolfolk (1999), sintetiza, a modo de resumen, la teoría de Piaget: el modelo de equilibración como base epistemológica que da fundamento a la formación del conocimiento en el individuo, el aprendizaje supeditado al nivel cognitivo del sujeto, el alumno constructor activo y el maestro como facilitador y guía.

Sobre este particular podemos indicar que Woolfolk sostiene que el desarrollo cognoscitivo supone mucho más que la adición de nuevos hechos e ideas a un almacén de información. Visto de esta manera, la tesis de Piaget, es que desde el nacimiento a la madurez nuestros procesos de pensamiento cambian de manera radical, aunque lentamente, porque de continuo nos esforzamos por imponer un sentido al mundo. Según Woolfolk, Piaget identificó cuatro factores que interactúan para influir en los cambios de pensamiento (maduración, actividad, experiencias sociales y equilibrio). Es por eso, que en el proceso de desarrollo, el sujeto se relaciona con la gente que le rodea.

#### **2.2.1.2. Vigotsky y el paradigma sociocultural**

El acercamiento de Vigotsky a la Psicología es contemporáneo al de Piaget y tienen en común que ambos parten de la oposición al asociacionismo y al mecanicismo. Vigotsky rechaza la mera acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Él afirma que hay rasgos que son puramente humanos, como lo es el lenguaje, que no se pueden traducir a asociaciones. Según Carretero (2004), uno de los aportes más importantes de Vigotsky es el de concebir al sujeto como un ser social y al conocimiento como un producto social.

Vigotsky realiza un estudio sobre las funciones psicológicas superiores, que difieren de las funciones psicológicas naturales porque son específicamente humanas, no se comparten con los animales. Las naturales son condición necesaria; pero no suficiente para la constitución y desarrollo de las superiores. Lo que determina a las últimas es la condición sociocultural donde se desarrollan. Sin embargo, se debe aclarar que las funciones psicológicas superiores son resultado de una prolongada serie de sucesos evolutivos, no son una simple copia directa y pasiva de las relaciones sociales (Hernández-Rojas, 1998).

Esto se reduciría a que los procesos psicológicos superiores (comunicación, lenguaje, razonamiento, etc.) se adquieren primero en un contexto social y luego se internalizan. Es decir, esta internalización es producto de un determinado comportamiento cognitivo en un contexto social. Un alumno que tenga más oportunidades de aprender con otro, no solo adquiere más información, sino que logra un mayor desarrollo cognitivo. Para Vigotsky, la interacción social es más que un método de enseñanza, es el origen de dichas funciones psicológicas superiores. Woolfolk, (1999).

Para las posiciones constructivistas, el aprendizaje no es solo una actividad individual, sino también, social. El alumno aprende de modo más eficaz cuando lo hace en un contexto de colaboración e intercambio con sus compañeros. Igualmente, se han precisado algunos de los mecanismos de carácter social que estimulan y favorecen el aprendizaje, como son las discusiones en grupo y el poder de la argumentación en la discrepancia entre alumnos que poseen distintos grados de conocimiento sobre un tema. Carretero, (2004).

Vigotsky (1995). introdujo el concepto Zona del Desarrollo Próximo (ZDP) que consiste en la “diferencia” entre la edad mental del aprendiz y el nivel que alcanza al resolver problemas con ayuda. Esta definición se puede interpretar como: “La distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente el problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”. Caldeiro, (2005)

Este concepto concibe al aprendiz como un ser social no sólo activo sino también interactivo. Según Kohl (2004), Vigotsky señala que la relación que se da en el aprendizaje es fundamental, nunca ocurre en el individuo aislado: incluye al que aprende, al que enseña y la relación entre ambos.

Otro aspecto es que para Vigotsky (1995) el explotar la ZDP no es mera copia y transmisión del conocimiento, es una transformación, es decir, una modificación de la comprensión individual. Un cuestionamiento que se hace a este concepto es si Vigotsky se refiere a un posible control de un individuo sobre otro, a la falta de autonomía del sujeto, a una especie de determinismo cultural. A esto, el científico responde que en cada situación de interacción social el individuo se presenta con una trayectoria particular, con determinadas posibilidades de interpretación del material que proviene de esa fuente externa. Además, cada individuo lleva consigo conciencia, voluntad e intención propias de cada ser humano. El que aprende no es un receptor pasivo. Por otro lado, el cerebro es

la base biológica, sus características definen los límites y posibilidades del aprendizaje. Kohl (2004).

El alumno debe ser entendido como un ser social, producto y protagonista de múltiples interacciones. Reconstruye los saberes; pero no lo hace solo, lo hace en colaboración con otros. No solo los maestros pueden promover la creación de ZDP; sino también los pares más capaces en determinado dominio del aprendizaje, lo pueden hacer en una relación más cercana y más horizontal. Hernández-Rojas, (1998).

Para la creación de una ZDP, es necesaria la cooperación (concepto compartido tanto por Piaget como por Vigotsky). Esta cooperación está relacionada con el concepto de intersubjetividad. La intersubjetividad es la comprensión conjunta de un tema por parte de dos individuos que trabajan juntos y que tienen en cuenta el punto de vista de su par. La concepción de Vigotsky requiere que la relación entre dos interlocutores sea de intersubjetividad, en la que sea posible lograr un grado de comprensión conjunta de la tarea. Para Vigotsky, los interlocutores ideales no son iguales, aunque la desigualdad debe residir en la comprensión y no, en el poder. El modelo de Vigotsky es un modelo, cuyo énfasis está en el desarrollo de la comprensión y el significado compartidos.

Según el pensamiento vigotskiano, el proceso de desarrollo psicológico individual no es independiente de los procesos educacionales.

Vigotsky criticó los enfoques acerca de los procesos de desarrollo y aprendizaje que privilegiaban uno u otro, cualquiera de esos reduccionismos constituye un error, desde su postura. Aprendizaje y desarrollo establecen una relación indisociable de influencia recíproca, forman una unidad (no, una identidad), no hay aprendizaje sin un nivel de desarrollo previo ni hay desarrollo sin aprendizaje (Hernández-Rojas, 1998; Pozo, 1996). Un buen aprendizaje sería el que precede al desarrollo y contribuye para potenciarlo.

Kohl (2004), asevera que el aprendizaje posibilita el desarrollo de procesos internos que no sucederían si el individuo no estuviera en contacto con el ambiente cultural. La relación que se da en el aprendizaje es fundamental para definir el proceso que Vigotsky denomina *obuchenie*, que significa aproximadamente “proceso de enseñanza aprendizaje” y que incluye al que aprende, al que enseña y la relación entre ambos. Por lo tanto, se trata de un proceso de relación interpersonal. La idea de que alguien enseña se concreta en objetos, situaciones y en la propia lengua, fundamental en el proceso.

El aprendizaje es asistido o mediado por los maestros y los instrumentos de su entorno y casi toda la ayuda se comunica mediante el lenguaje (Woolfolk, 1999). El profesor es una persona real, físicamente presente para el que aprende y que interviene en el proceso y provoca avances que no sucederían espontáneamente. Es un agente cultural y mediador esencial entre los saberes socioculturales y los procesos de apropiación de los alumnos; da cierta dirección intencionada al aprendizaje. Hernández-Rojas, (1998).

El profesor debe crear una ZDP con los alumnos sin olvidar que las actividades que se desarrollen sean guiadas por el docente hacia la apropiación de conocimientos a través de los instrumentos de mediación socioculturalmente aceptados y valorados. Hernández- Rojas, 1998).

Los estudiantes deben ser puestos en situaciones donde, si bien deben esforzarse por entender, también cuentan con el apoyo del maestro y de sus pares. Animar a los estudiantes a que enfrenten desafíos; pero también a buscar ayuda cuando están en dificultades (Woolfolk, 1999). Tiene especial importancia la intervención de los otros miembros del grupo social como mediadores entre la cultura y el individuo. La intervención de los miembros más maduros en el aprendizaje es esencial. Según Vigotsky, el mero contacto con el objeto no garantiza el aprendizaje, la mediación con otros individuos es indispensable para provocar avances en el dominio de un sistema culturalmente desarrollado y compartido (Kohl, 2004). A través de la interacción social, los individuos aprenden otros puntos de vista y construyen comprensiones más complejas acerca del mundo.

La ZDP ocurre en un marco de interactividad entre maestro-alumno o experto-novato, en general. Algunos aspectos a tener en cuenta según Hernández-Rojas (1998) son:

a) Insertar las actividades que realizan los alumnos en un contexto más amplio, enseñarles la intencionalidad y dirección de los aprendizajes.

- b) Fomentar la participación de los alumnos en diversas actividades, que participen de modo crítico y a través del diálogo.
- c) Hacer uso explícito y diáfano del lenguaje, evitar rupturas e incomprensiones en la enseñanza.
- d) Establecer relaciones explícitas entre lo que los alumnos ya saben y los nuevos contenidos de aprendizaje.

A modo de resumen, se puede decir que Vigotsky afirma que el proceso de enseñanza- aprendizaje fomenta el desarrollo, la actividad educativa es constitutiva del propio desarrollo, la interacción social permite a los alumnos avanzar en los sistemas conceptuales y el docente guía en dirección del saber a enseñar. Para Vigotsky, adquieren vital importancia los procesos de instrucción o de facilitación externa de mediadores para su internalización. En opinión de Pozo (1996), esta última idea convierte a Vigotsky en un científico actual porque la instrucción es una de las áreas de auge en el cognitivismo; y dentro del cognitivismo, las aportaciones de Ausubel son el mejor apoyo para los planteos vigotskianos. Asimismo, también podemos indicar que según Kohl (2004), Vigotsky señala que la relación que se da en el aprendizaje es fundamental, nunca ocurre en el individuo aislado: incluye al que aprende, al que enseña y la relación entre ambos.

### **2.2.1.3. El cognitivismo de Ausubel y Bruner**

El pensamiento cognitivista comenzó a tomar papel protagónico, durante el siglo pasado, en los años sesenta, gracias al interés por los estudios de Piaget y, posteriormente a las aportaciones de Bruner y Ausubel, cuyos trabajos se

acercan más a la psicología educativa que a la psicología general (Hernández-Rojas, 1998), ya que en el cognitivismo no existe un enfoque único sobre el aprendizaje. Se escogieron pensamientos de quienes se consideran sus principales representantes. A continuación, se explican aspectos de las aportaciones de Ausubel en contraste con las de Bruner y se obtienen conclusiones acerca de la aplicación de ambas en esta investigación.

### **Aprendizaje por recepción vs. Aprendizaje por descubrimiento.**

Para poder identificar las dos posiciones de estos teóricos es necesario definir los tipos de aprendizaje que plantean. Según Ausubel *et al.* (1983), desde el punto de vista del desarrollo del aprendizaje escolar, la manera más importante de diferenciar los tipos de aprendizaje en el salón de clases consiste en formular dos dimensiones ortogonales en los procesos, la primera es el aprendizaje *por recepción* y el aprendizaje por descubrimiento y la segunda, el aprendizaje por repetición y el significativo.

En cuanto a la primera dimensión, se pueden definir los dos procesos en juego. En el aprendizaje por recepción, el contenido total a aprender se presenta al alumno en su forma final. El estudiante debe internalizarlo o incorporarlo. En el aprendizaje por descubrimiento, el alumno debe reorganizar la información, integrarla a su estructura cognoscitiva existente o transformarla de manera que se produzca el producto final deseado. De acuerdo con lo definido, los aprendizajes por recepción y por descubrimiento son dos tipos muy diferentes de procesos. Ausubel *et al.*, (1983).

Por otro lado, hay aprendizaje significativo si se cumplen dos condiciones: a) el objeto de aprendizaje puede relacionarse, de modo sustancial (no literal) y no arbitrario, con lo que el alumno ya sabe y b) el estudiante adopta la actitud de aprendizaje significativo. Si faltara alguna de estas condiciones, se daría un aprendizaje por repetición, el estudiante incorporaría los conceptos o procedimientos, simplemente, de modo arbitrario (Ausubel et al., 1983).

Existe la creencia de que solo se adquiere y comprende realmente un conocimiento cuando se lo descubre por sí mismo; sin embargo, ambos aprendizajes, por recepción y por descubrimiento, pueden ser repetitivos o significativos, según las condiciones en que ocurran (Ausubel et al., 1983).

Bruner, quien sustenta el aprendizaje por descubrimiento, resalta la importancia de comprender la estructura de la materia a estudiar (ideas fundamentales, relaciones, patrones, etc.), la necesidad de un aprendizaje activo para la verdadera comprensión y el razonamiento inductivo como base del aprendizaje (Woolfolk, 1999). El teórico intuye la trascendencia del conocimiento procedimental. Como consecuencia, propone como estrategia el aprender haciendo: “hands on activities” y como herramienta principal, la resolución de problemas. En este tema, es importante la aportación de Ausubel et al. (1983), quienes afirman que para que la resolución de problemas sea una experiencia genuinamente significativa debe satisfacer dos condiciones: a) fundarse en conceptos y principios claramente comprendidos y b) las operaciones constitutivas deben ser significativas por sí mismas.

Para Bruner (1997, p.110), “Uno de los objetivos del aprendizaje es ahorrarnos la necesidad de aprender más”; es decir, no se pueden manejar grandes volúmenes de información, es necesario condensar y recodificar, reorganizar los datos, de modo que se economice y puedan utilizarse en un futuro. Esto es llegar a un aprendizaje genérico, con dos características claves: organización (para que no esté sujeto a una situación particular) y poder de manipulación (uso posterior). El aprendizaje tiene como objetivo adquirir datos en un marco de conectividad que permita usarlos generativamente. El aprendizaje en bruto no es suficiente. Así, es como Bruner propone organizar la información en un sistema de codificación para jerarquizar los conceptos relacionados, de arriba hacia abajo, desde los conceptos generales a los específicos.

Por otro lado, Carretero (2004), afirma que la aportación fundamental de Ausubel ha consistido en la concepción de que el aprendizaje debe ser una actividad significativa para la persona que aprende y dicha significatividad está directamente relacionada con la existencia de relaciones entre el conocimiento nuevo y el que ya posee el alumno. Según Novak (como se cita en Pozo, 1996), la mayor eficacia de este tipo de aprendizaje reside en tres grandes ventajas: producir una retención más duradera de la información, facilitar nuevos aprendizajes relacionados y producir cambios profundos que perduran más allá del olvido de detalles concretos. El aprendizaje repetitivo solo será superior en el caso de que la evaluación del aprendizaje solicite un recuerdo literal del original. Pozo (1996) afirma que los dos tipos de aprendizaje no son totalmente dicotómicos, sino que conforman un continuo y deben coexistir; claro que Ausubel está especialmente enfocado en el aprendizaje significativo y la

repetición o memorización solo se tiene en cuenta si interviene en esa adquisición.

Según Ausubel *et al.* (1983) y Ausubel (2002), el aprendizaje significativo por recepción requiere de una actitud de aprendizaje significativo y de la presentación al alumno de material potencialmente significativo. La última condición exige: a) que el material de aprendizaje en sí, debe estar relacionado de manera no arbitraria y sustancial con cualquier estructura cognoscitiva apropiada. Es decir, que posea significado lógico en sí mismo y b) que la estructura cognoscitiva del alumno contenga ideas de afianzamiento con las que el nuevo material pueda relacionarse. Dentro de este tipo de aprendizaje, se encuentran el de los conceptos y el de los procedimientos. Aprender un concepto significa comprender una regularidad que no se conocía. Aprender un procedimiento es adquirir un saber práctico, es equivalente a saber hacer.

Estos autores postulan que el aprendizaje significativo por recepción es importante en la educación superior porque es necesario para adquirir y almacenar la cuantiosa información en cualquier campo del conocimiento, especialmente cuando la enseñanza es a ese nivel. Existe una paradoja en cuanto a estos dos tipos de aprendizaje: por descubrimiento y por recepción; el primero es más complejo, aunque es el más apropiado para el aprendizaje de un niño; el segundo es fenomenológicamente más sencillo; sin embargo, surge cuando está avanzado el desarrollo del ser humano, ya que implica un nivel mayor de madurez cognitiva. Es decir, una mayor madurez intelectual posibilita una más fácil y eficiente modalidad de aprendizaje. Por otro lado, el lenguaje es

un facilitador importante en ambos aprendizajes; en contraste con la posición de Piaget, el lenguaje desempeña un proceso integral y operativo en el aprendizaje y no solo una función comunicadora.

Otra característica fundamental de este tipo de aprendizaje es la de ser un proceso intrínsecamente activo porque requiere, al menos: a) un análisis cognitivo para determinar qué tipo de estructura cognitiva es pertinente al material nuevo a aprender, b) la percepción de similitudes y diferencias para resolver contradicciones aparentes o reales entre conceptos y proposiciones nuevos con los ya adquiridos y c) la reformulación del nuevo material en función del vocabulario propio del que aprende. Ausubel, (2002).

#### **A. Bruner y la educación**

Según Bruner, los procesos educativos son foros culturales donde los maestros y los estudiantes negocian, discuten, y contribuyen a reconstruir los saberes conceptuales, habilidades, actitudes, etc. (Hernández-Rojas, 1998). Lamentablemente, en las prácticas educativas suele desalentarse el pensamiento intuitivo al castigar respuestas erróneas y recompensar las seguras; pero poco creativas. Además, cabe aclarar que el aprendizaje por descubrimiento es apropiado para los niños pequeños; con más grandes este tipo de actividades no guiadas, son difíciles de manejar y, por lo tanto, improductivas (Woolfolk, 1999). En cambio, se propone un descubrimiento guiado, en el cual el docente ofrece cierta dirección.

Si bien, Vigotsky plantea la existencia de un *andamiaje* que el instructor erige para el alumno, no explica qué es lo que quiere decir con ese término. Es Bruner, quien reconstruye ese concepto a través de las numerosas investigaciones que hizo al respecto (Bruner, 1996). Según lo precisa (Woolfolk, 1999), el andamiaje con que cuenta un estudiante consiste en la información, apoyos, recordatorios, ánimo en el momento correcto y en la cantidad adecuada; y que le permiten gradualmente hacer cada vez más cosas por sí mismo. Por ello, el maestro debe ofrecer retroalimentación detallada, permitir revisiones, plantear preguntas que reorienten la atención de los alumnos, anticipar áreas difíciles y analizarlas (errores típicos del estudiante), regular la dificultad, enseñar procedimientos de autoverificación para ayudarlos a verificar la calidad de sus respuestas.

Bruner sostiene que toda teoría de instrucción debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) La predisposición hacia el aprendizaje: el aprendizaje se debe a la exploración de alternativas; es decir, los individuos tienen un deseo especial por aprender, que la teoría de la instrucción explica a través de la activación, mantenimiento y dirección de la conducta. La activación es el grado que se tiene de incertidumbre y curiosidad que produce en el aprendiz las ganas de explorar. El mantenimiento es el proceso por el cual la conducta, que ya se ha producido, necesita sostenerse; para esto el explorar tiene que ser más beneficioso que perjudicial y las alternativas erróneas resultar menos graves desde esta perspectiva. El aprendiz debe asegurarse de que los resultados son los correctos, debe revisarlos y, si es necesario, corregirlos. Finalmente, el explorar alternativas tiene

que ser en una dirección determinada, es decir, conocer el objetivo y el valor de las alternativas que den información de dónde está el sujeto en relación con ese objetivo.

b) El conjunto de conocimientos debe estructurarse con las secuencias más efectivas, de modo que sea interiorizado lo mejor posible por el estudiante: presentar un formato adecuado de la información, el instructor debe encargarse de que la información con la que el estudiante interactúa esté en un formato apropiado para su estructura cognitiva. El currículo debe organizarse en forma de espiral, es decir, trabajando periódicamente los mismos contenidos, cada vez con mayor profundidad. Esto para que el estudiante continuamente modifique las representaciones mentales que ha venido construyendo. Debe enseñarse a los estudiantes primero la estructura o patrones de lo que están aprendiendo, y después concentrarse en los hechos y figuras. El aprendizaje se da en forma discontinua, con momentos de crecimiento seguidos por otros de consolidación, por lo tanto en el diseño de la didáctica debe tenerse en cuenta este aspecto y dar espacios a los dos períodos.

### **B. Ausubel y la educación.**

Ausubel *et al.* (1983), afirman que los principios del aprendizaje no pueden emplearse, ni directa ni inmediatamente, en las prácticas de enseñanza; es fundamental tener en cuenta las complejidades que surgen en el salón de clases donde hay alumnos con aptitudes, disposiciones y motivaciones diferentes y donde hay que tener en cuenta las relaciones interpersonales y las características de la materia, entre otros.

Gage (como se cita en Ausubel *et al.*, 1983) afirma que las teorías del aprendizaje tratan acerca de cómo un individuo aprende, mientras que las de la enseñanza se ocupan de las maneras en que una persona influye en un individuo para que éste aprenda. Enseñar es solo una de las condiciones que pueden influir en el aprendizaje. Se debe reconocer que algunos alumnos pueden aprender sin maestro y, a su vez, aunque el maestro sea competente, no se logrará el aprendizaje si los estudiantes carecen de interés o no están cognitivamente preparados. Sin embargo, aquí la idea es adentrarse en aquellos aspectos de la enseñanza y el aprendizaje que están relacionados entre sí. Y no olvidar que la enseñanza no es un fin en sí misma, sino que los alumnos aprendan: “aprender sigue siendo la única medida factible del mérito de la enseñanza”. Ausubel *et al.*, (1983, p. 26).

Ausubel (2002), asevera que existen razones acertadas acerca del porqué de las fallas de la enseñanza expositiva y su rechazo en las aulas. Una de ellas es la de presentar el material potencialmente significativo de tal manera que los estudiantes solo lo puedan aprender de manera memorística y la otra, es la creencia de que el significado solo se consigue con técnicas de aprendizaje basadas en el descubrimiento y la resolución de problemas. Si se analiza la primera razón, se debe explicar cuáles son las prácticas expositivas infructuosas. Según el propio Ausubel (2002), tendrían las siguientes características:

- a) el empleo prematuro de técnicas puramente verbales en alumnos cognoscitivamente inmaduros;

- b) la presentación arbitraria de hechos no relacionados entre sí, sin ningún principio organizador;
- c) la incapacidad de integrar las nuevas tareas de aprendizaje con materiales presentados previamente y
- d) el empleo de procesos de evaluación que se limitan a exigir la reproducción de ideas textuales o en el mismo contexto original.

Ausubel (2002), introduce la idea de organizador previo como un recurso pedagógico que ayuda a implementar los principios de la enseñanza expositiva y busca salvar la distancia entre lo que el estudiante sabe y lo que necesita saber para aprender el nuevo material de manera activa y eficaz. Consiste en información que se presenta en un nivel de abstracción, generalidad e inclusividad más elevado que el material nuevo a aprender. Las razones para emplear organizadores previos se basan en: a) la importancia de tener ideas pertinentes y apropiadas para hacer que las nuevas ideas lógicamente significativas sean potencialmente significativas y que éstas últimas sean realmente significativas, b) las ventajas de usar ideas más generales e inclusivas, ya que gozan de una mayor estabilidad intrínseca, de más poder expositivo y de una mayor capacidad integradora y c) que los propios organizadores intentan identificar los contenidos pertinentes ya existentes en la estructura cognitiva e indicar su conexión con el nuevo material de aprendizaje. El organizador previo se presenta al estudiante antes de que este se enfrente al material de aprendizaje. Algunos ejemplos incluyen mapas conceptuales, índices de libros y otros de modo que presentan la estructura del campo de conocimiento a aprender.

Según Ausubel *et al.* (1983) y Ausubel (2002), para la enseñanza de conceptos se deben mostrar: sus características críticas, su extensión mediante ejemplos y no ejemplos y su posición jerárquica. Para la enseñanza de procedimientos, se deben seguir los criterios de: satisfacer los requisitos teóricos y prácticos que entrarán en juego en el “nuevo” procedimiento, dar a conocer su contexto de uso y presentar la secuencia de operaciones.

La crítica fundamental de Ausubel a la enseñanza tradicional reside en la idea de que el aprendizaje resulta muy poco eficaz si consiste simplemente en la repetición mecánica de elementos que el alumno no puede estructurar formando un todo relacionado. El aprendizaje solo será posible si el estudiante utiliza los conocimientos que ya posee, aunque estos no sean totalmente correctos. La gran diferencia con Bruner estriba en que en la concepción de Ausubel se toma en cuenta la necesidad de ampliar el conocimiento declarativo.

Finalmente, cabe señalar que tanto la postura de Piaget como la de Ausubel coinciden en que es imprescindible tener en cuenta los esquemas del alumno; pero disienten en lo que refiere a la importancia de la propia actividad y la autonomía del conocimiento. Según Piaget, el maestro debería estimular los procesos de descubrimiento y actividad del alumno y no, la transmisión o exposición del conocimiento. Sin embargo, Ausubel reivindica esta transmisión en manos del profesor, siempre que contemple los conocimientos previos del alumno y su capacidad de comprensión. Cuanto más alto sea el nivel educativo, mejor se ajusta esta concepción ya que los estudiantes cuentan con mayor

capacidad de lenguaje oral y escrito como medio de comunicación. Además los contenidos son más complicados y en mayor cantidad, y los métodos activos de descubrimiento se vuelven inapropiados debido a la escasez de tiempo para desarrollarse. Carretero, (2004).

## **2.2.2. Competencias en el ámbito de la enfermería.**

### **2.2.2.1. Concepto de competencia.**

Hoy en día, en la época postmoderna, se ha dado una ruptura de esos viejos paradigmas y los nuevos valores orientan la selección de recursos humanos hacia las personas como individuos, es decir, como seres indivisibles con capacidades creativas, capaces de aportar con sus experiencias un valor agregado a la organización que los contrata. En otros términos, que hoy en día se contrata a personas no a elementos. Es así como Hoogemstra citado por Milrani y otros (1994) dice “La organización del futuro se creará en torno a las personas, se dará mucho menos importancia a los puestos de trabajo, como elementos esenciales de las organizaciones. Esto quiere decir que se empezará a poner un mayor interés en las competencias de las personas” (p. 14).

El concepto de competencia empezó a ser utilizado como resultado de las investigaciones de David McClelland, en los años setenta, las cuales se orientaron a identificar las variables que permitieran explicar el desempeño en el trabajo.

El termino competencia parece tener un carácter polisémico y es difícil encontrar referencias en un sentido unívoco en los documentos-marco dirigidos al profesorado universitario. Majos, Álvarez y Gispert, (2009).

La competencia es definida por Boyatzis (1982:24), como “una característica subyacente en una persona, que esta causalmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo”. De acuerdo con esta definición, las competencias diferencian a los trabajadores entre sí y de ello dependerá la planificación de la sucesión, la evaluación de la actuación y el desarrollo personal. Se trata pues, de motivos, rasgos de carácter, conceptos de uno mismo, actitudes o valores, conocimientos y conductas.

Según Sladogna (2000), las competencias son capacidades complejas que poseen distintos grados de integración y se manifiestan en una gran variedad de situaciones en los diversos ámbitos de la vida humana personal y social. “Son expresiones de los diferentes grados de desarrollo personal y de participación activa en los procesos sociales.”

Para Le Boterf (1998), las competencias son “una construcción a partir de una combinación de recursos (conocimientos, saber hacer, cualidades o aptitudes, y recursos del ambiente (relaciones, documentos, informaciones y otros) que son movilizados para lograr un desempeño”. Anton Ares, P., (2005: 102).

Para Perrenoud (2004), el concepto se genera desde las capacidades cognitivas, afectivas, socioemocionales y físicas. Siendo el resultado del conjunto de

conocimientos, destrezas y actitudes que ha de ser capaz de movilizar una persona, de forma integrada, para actuar eficazmente ante las demandas de un determinado contexto.

Gallego (1999:76), puntualiza que: Competencias, desde la teoría de la cognición, son construcciones y reconstrucciones de cada individuo en el seno de una comunidad o, mejor, son las interacciones de una persona con un colectivo, las cuales le hacen competente con esa clase de saber que el grupo domina.

Adicionalmente, podemos señalar que Chomsky (citado en Gallego, 1999), define competencias como la capacidad y disposición para la actuación y la interpretación. En tal sentido, las competencias están asociadas con las actitudes y estas a su vez se pueden construir.

Particularmente, las competencias constituyen motivos, rasgos de carácter, conceptos de uno mismo, actitudes o valores, conocimientos, capacidades cognoscitivas o de conducta, además pueden ser cualquier característica individual que se pueda medir de un modo fiable, y que se pueda demostrar la diferencia de una manera significativa, entre las personas que mantienen un desempeño excelente.

Por su parte, Spencer y Spencer (1993:9), consideran que la competencia es "una característica subyacente de un individuo, que está causalmente relacionada con un rendimiento efectivo o superior en una situación o trabajo,

definido en términos de un criterio". Es una manera de observar el rendimiento bajo exigencia de un patrón preconcebido.

Por otra parte, Ansorena (1996: 76), plantea que la competencia es "Una habilidad o atributo personal de la conducta de un sujeto, que puede definirse como característica de su comportamiento, y, bajo la cual, el comportamiento orientado a la tarea puede clasificarse de forma lógica y fiable." Se orienta la competencia en un sentido de manifestación conductual de manifestaciones comportamentales; esta posición es igualmente sostenida por Woodruffe (1993), quien al efecto afirma que es "Una dimensión de conductas abiertas y manifiestas, que le permiten a una persona rendir eficientemente".

Señala Levy-Leboyer (1996: 54), que las competencias son "repertorios de comportamiento que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada".

Asimismo, Boyatzis (1982: 47), señala que son: "conjuntos de patrones de conducta, que la persona debe llevar a un cargo para rendir eficientemente en sus tareas y funciones". En esta perspectiva, Se observó que los conceptos referidos orientan que las competencias son caracterizaciones demostrables en una acción concreta que ejecute la persona, además que disponen las actividades profesionales.

Otros autores definen el concepto de competencias como "la posibilidad real que tiene el ser humano de integrar y movilizar sistemas de conocimientos,

habilidades, hábitos, actitudes, motivaciones y valores para la solución exitosa de las actividades vinculadas a la satisfacción de sus necesidades cognitivas y profesionales expresadas en su desempeño en la toma de decisiones y la solución de situaciones que se presenten en su esfera de trabajo”. Manzo Rodríguez, Rivera Michelena y Rodríguez Orozco, (2006: 45).

Este concepto parece integrador, ya que resalta en su definición los elementos comunes planteados en las diferentes definiciones:

- Posibilidad real que tiene el ser humano de integrar y movilizar sistemas de conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes, motivaciones y valores.
- Orientadas para la solución exitosa de las actividades vinculadas a la satisfacción de sus necesidades cognitivas y profesionales.
- Expresadas en su desempeño en la toma de decisiones y la solución de situaciones que se presenten en su esfera de trabajo.

La competencia también puede ser entendida como una actuación idónea que emerge de una tarea concreta, en un contexto con sentido (Boyoga, 2000), por lo tanto, exige del individuo la suficiente apropiación de un conocimiento para la resolución de problemas con diversas soluciones y de manera pertinente, por ello, la competencia se desarrolla en una situación o contexto determinado.

Las competencias poseen tres dimensiones fundamentales: cognitiva, procedimental e interpersonal o afectiva. En los hechos, ninguna competencia se ejerce de manera aislada, siempre una competencia da cuenta de las tres

dimensiones. Una competencia, por su parte, requiere de ciertas capacidades o subcompetencias.

Por tanto, el concepto de competencia confiere características de un constructo complejo, dinámico, multifacético, multivariado, multidimensional, relacionado con una situación multidisciplinaria y un contexto específico. También, podemos indicar que se entiende por competencia a la combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados de los aprendizajes de un programa educativo o lo que los estudiantes son capaces de demostrar al final del proceso educativo

#### **2.2.2.2. Las Competencias profesionales.**

La competencia es una construcción, es el resultado de una combinación pertinente de varios recursos. Una persona competente es una persona que sabe actuar de manera pertinente en un contexto particular, eligiendo y movilizándolo un equipamiento doble de recursos: recursos personales (conocimientos, saber hacer, cualidades, cultura, recursos emocionales...) y recursos de redes (bancos de datos, redes documentales, redes de experiencia especializada, etc.). Saber actuar de forma pertinente supone ser capaz de realizar un conjunto de actividades según ciertos criterios deseables.

En cuanto a la estructuración de las competencias, Echeverría (2005), propone la definición de cada perfil a partir de aquellas que son de acción profesional y que están conformadas por cuatro tipos de saberes:

- Saber técnico: Consiste en poseer los conocimientos especializados y relacionados con determinado ámbito profesional, que permitan dominar como persona experta los contenidos y las tareas acordes a la propia actividad laboral.

Por ejemplo, conocer el entorno socio económico y político de referencia, tales como sistemas formativos, estructura del mercado laboral, políticas actuales en materia de formación; conocer modelos teóricos de intervención en orientación e inserción profesional; conocer modelos de gestión estratégica y por procesos.

- Saber metodológico, se refiere a saber aplicar los conocimientos a situaciones concretas, utilizar procedimientos adecuados a las tareas pertinentes, solucionar problemas de forma autónoma y transferir con ingenio las experiencias adquiridas a nuevas situaciones.

Por ejemplo, seleccionar tipos de intervención orientadora de acuerdo a objetivos, contextos, destinatarios y utilizar métodos e instrumentos de aplicación individual, grupal e institucional para la recogida y análisis de datos; diagnosticar necesidades formativas y de inserción de personas, grupos e instituciones; promover y dinamizar relaciones de colaboración entre diferentes agentes sociales para impulsar la innovación y la mejora de la intervención.

- Saber participativo, se describe como el estar atento a la evolución de la sociedad, predispuesto al entendimiento interpersonal, dispuesto a la comunicación y cooperación con los demás y a demostrar un comportamiento orientado hacia el grupo.

Por ejemplo, trabajar en equipo de manera activa y responsable, contribuyendo a un buen clima de grupo; negociar y mediar teniendo en cuenta objetivos, entorno y agentes implicados; respetar las diferencias individuales, sociales y de género, aceptando que los demás pueden pensar de manera diferente.

- Saber personal, consiste en tener una imagen realista de sí mismo, actuar conforme a las propias convicciones, asumir responsabilidades, tomar decisiones y relativizar las propias frustraciones.

Para Perrenoud, el concepto de competencia representa una capacidad de movilizar varios recursos cognitivos para hacer frente a un tipo de situaciones. Esta definición insiste en cuatro aspectos:

- Las competencias no son en sí mismas conocimientos, habilidades o actitudes, aunque movilizan, integran y orquestan tales recursos.
- Esta movilización solo resulta pertinente en situación y cada situación es única, aunque se la pueda tratar por analogía con otras ya conocidas.
- El ejercicio de la competencia pasa por operaciones mentales complejas, sostenidas por esquemas de pensamiento, los cuales permiten determinar (más o menos de un modo consciente y rápido) y realizar (más o menos de un modo eficaz) una acción relativamente adaptada a la situación.
- Las competencias profesionales se crean en la formación, pero también a merced de la navegación cotidiana del practicante, de una situación de trabajo a otra.

Por lo tanto, describir una competencia demanda, en cierta medida, representar tres elementos complementarios:

- Los tipos de situaciones de las que da un cierto control.
- Los recursos que dicha competencia moviliza, conocimientos teóricos y metodológicos, actitudes, habilidades y competencias más específicas, esquemas motores, esquemas de percepción, evaluación, anticipación y decisión.
- La naturaleza de los esquemas del pensamiento que permiten la sollicitación, la movilización y la orquestación de los recursos pertinentes, en situación compleja y en tiempo real. Este último aspecto es el más difícil de objetivar, puesto que los esquemas de pensamiento no son directamente observables y sólo pueden ser inferidos, a partir de prácticas y propósitos de los actores.

Evidentemente y dada la polisemia del concepto, las diferentes propuestas recabadas en la literatura llevan a una serie de equívocos que impactan a la hora de desarrollar propuestas formativas a través de competencias y/o definir perfiles de actuación. Al respecto, Rué (2007), sostiene que estos riesgos pueden darse en las siguientes circunstancias:

- Al denominar con el mismo término actuaciones humanas tanto simples como complejas.
- Cuando se emplea el concepto de competencias para definir indistintamente las propiedades individuales y las que requiere un contexto.

- Al no distinguir convenientemente entre las competencias de la formación para un campo profesional y las competencias específicamente profesionales, de acuerdo a los estándares de los profesionales en ejercicio.
- Cuando se mezclan las distintas concepciones, aquellas entendidas como propiedades individuales con aquellas que son producto del aprendizaje.
- Cuando se asume como normal algo que no lo es, a saber una relación causal entre formación y ejecución profesional de una actividad. Esto es la “formación para” permite desarrollar en la persona formada un potencial de competencias pre-profesionales, las cuales no se convertirán en las propiamente profesionales hasta cumplirse algunas condiciones, por ejemplo no antes de haber ejercido algún tiempo la persona formada en algunos contextos profesionales.
- Al establecer, en la evaluación, una simple relación entre competencia y actuación.
- Al segregar los resultados esperados del aprendizaje de los procesos y contextos del mismo.

En términos generales, las configuraciones de análisis adquieren nuevos matices y los ejes del debate se centran tanto en lo que debería saber llevar a cabo un graduado de una determinada titulación, como en la formación en sí misma.

Por otro lado, el término competencia profesional docente se centra en la posibilidad de activar en un contexto educativo, los saberes que pueda poseer un individuo para resolver óptimamente situaciones propias de su rol, función o perfil laboral. Echeverría indica que para desempeñar eficientemente una

profesión docente “es necesario saber los conocimientos requeridos por la misma” (componente técnico) y, a su vez, “un ejercicio eficaz de estos necesita un saber hacer” (componente metodológico), siendo cada vez más imprescindible e importante en este contexto laboral en constante evolución “saber ser” (componente personal) y “saber estar” (componente participativo).

Echeverría afirma que la competencia de acción profesional “implica, más que capacidades y conocimientos, la posibilidad de movilizar los saberes que se aprenden como resultado de la experiencia laboral y de la conceptualización y reconceptualización diaria que la persona lleva a cabo en su trabajo, sumando y mezclando permanentemente nuevas experiencias y aprendizajes”, aumentando su capacidad para solucionar situaciones contingentes y problemas que surjan durante el ejercicio de la actividad docente.

### **2.2.2.3. La formación de enfermería basada en competencias**

El concepto de competencia laboral surgió en los años ochenta con fuerza en países industrializados como respuesta a la urgencia de fomentar la formación de mano de obra y ante las demandas surgidas en el sistema educativo y el productivo. El asunto que estos países visualizaron no era solo cuantitativo, sino también cualitativo: una situación en la que los sistemas de educación-formación, ya no se correspondían con los signos de los nuevos tiempos. La competencia laboral pretende ser un enfoque integral de formación que desde su mismo diseño conecta el mundo del trabajo y la sociedad en general, con el mundo de la educación.

Durante la década de los ochentas, hubo fuertes críticas del mundo empresarial a las instituciones educativas, especialmente en el ámbito de la Educación Superior, ya que de acuerdo con la empresa, dichas instituciones no estaban respondiendo a sus intereses. Guzmán, (1998). De esta forma, surge la Educación Basada en Normas de Competencia (EBNC), mediante consultas a organismos empresariales, sindicales y civiles y bajo las directrices técnicas y financieras del banco mundial. Así, la EBNC nace del interés fundamental de vincular el sector productivo con la escuela, especialmente con niveles y modalidades que se abocan a la formación profesional y la preparación del empleo. Mertens, (1998).

De acuerdo con Guzmán (1998), la educación o formación por competencias es una modalidad educativa en la cual a partir de normas de competencia laboral o profesional obtenidas de los requerimientos del sector productivo y de los servicios, forma al educando mediante una metodología de enseñanza que enfatiza el saber hacer y utiliza una organización e infraestructura similares a las del ámbito donde dichas competencias se efectuarán.

Según Cejas (2008), a nivel mundial, la aplicación de la formación por competencias comienza justamente en el área de enfermería, pues en 1973 se instrumenta este modelo por primera vez en una escuela de Enfermería de nivel medio en Milwaukee, Estados Unidos.

En el mundo, impera una tendencia en la formación profesional: la formación por competencias laborales. Aunque cercano a otros términos manejados por la

psicología, el concepto de competencia aparece en los años 70, especialmente a partir de los trabajos de McClelland en la Universidad de Harvard, Bolívar C, (2002). Como consecuencia de los trabajos de Bloom, (Vossio, 2002) surgió, en la misma década, un movimiento llamado “Enseñanza basada en competencias” , que se fundaba en cinco principios: Todo aprendizaje es individual; el individuo, al igual que cualquier sistema, se orienta por las metas a lograr; el proceso de aprendizaje es más fácil cuando el individuo sabe qué es exactamente lo que se espera de él.; el conocimiento preciso de los resultados también facilita el aprendizaje y es más probable que un alumno haga lo que se espera de él y lo que él mismo desea, si tiene la responsabilidad de las tareas de aprendizaje. El concepto de competencia laboral surgió en los años ochenta con fuerza en países industrializados, como respuesta a la urgencia de fomentar la formación de mano de obra y ante las demandas surgidas en el sistema educativo y el productivo. El asunto que estos países visualizaron no era sólo cuantitativo; sino también cualitativo: una situación en la que los sistemas de educación-formación, ya no se correspondían con los signos de los nuevos tiempos. La competencia laboral pretende ser un enfoque integral de formación que desde su mismo diseño conecta el mundo del trabajo y la sociedad en general, con el mundo de la educación.

Considerando que estos problemas se presentan también y probablemente con mayor persistencia y gravedad en los países en desarrollo, con el agravante de una menor disponibilidad de recursos para el sistema educativo, “la aplicación de un sistema de competencia laboral en esos países surge como una alternativa atractiva, al menos a primera vista, para impulsar la formación y educación en

una dirección que logre un mejor equilibrio entre las necesidades de los individuos, las empresas y la sociedad en general” .

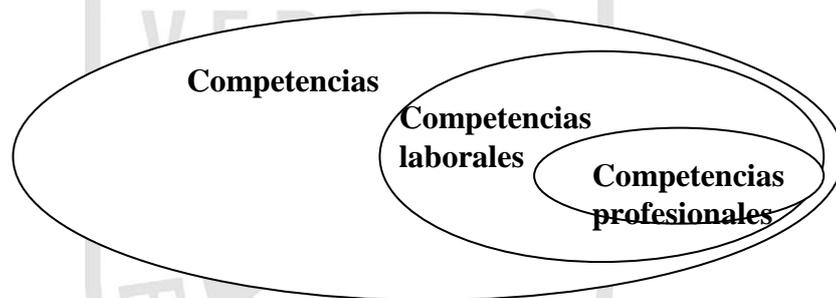
Las concepciones de formación, clásicas, tradicionales, la analizan como la transmisión organizada y sistemática de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al trabajador una superación de sus calificaciones personales.

La aplicación de la formación por competencias comienza en 1973 se instrumenta en una escuela de Enfermería de nivel medio en Milwaukee, Estados Unidos. En 1984, se aplica en un colegio de enseñanza general de Canadá y se instrumenta en Escocia, Gran Bretaña. (nivel obrero). En 1986 comenzó en nivel medio profesional en Québec, Canadá. En 1988, se aplica en el nivel de técnico medio en Escocia, Reino Unido. En 1993, se aplica de forma general en la formación básica y preuniversitaria de Québec, Canadá. En la actualidad, la educación basada en competencias se aplica en numerosos países, entre ellos están: México. Argentina, Canadá, Francia, Alemania, Australia, Gran Bretaña, Brasil, Chile y otros de América Latina.

### **Acerca del concepto competencia laboral**

En los inicios del tercer milenio, el mundo acumula un enorme caudal de conocimientos y tecnologías, que conjuntamente con los que están por descubrir, hacen imposible, que el hombre pueda apropiarse de ellos, por lo que se necesita una educación que se base en los pilares básicos: aprender a ser, aprender a hacer, aprender a aprender y aprender a convivir. Delors, (1996)

En la literatura, se habla de competencias, competencias laborales o competencias profesionales, en muchas ocasiones indistintamente. El criterio del investigador en este sentido, es que el concepto competencia laboral engloba al concepto de competencia profesional, porque lo laboral implica todo lo relacionado con el mundo del trabajo, ya sea profesión u oficio. En determinados momentos de este trabajo, pueden encontrarse ambos términos, para respetar la fuente donde se ha extraído la definición, por lo demás se utiliza el término competencia laboral. El esquema siguiente describe el criterio del autor al respecto:



Existen múltiples definiciones de competencias. Cejas, (2008) indica que pueden ser agrupadas de diferentes maneras, unos la consideran una capacidad, por ejemplo:

En México, el organismo CONOCER (Consejo de Normalización y Certificación de la Competencia Laboral) define competencia laboral “capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral, y no solamente de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes; éstas son necesarias pero no suficientes por sí mismas para un desempeño efectivo. Vargas, (2004:14)

“Capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral y refleja los conocimientos, habilidades y destrezas y actitudes necesarias para la realización de un trabajo efectivo y de calidad”. Tamayo, (2003: 3)

“Aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresados en el saber, el hacer y el saber hacer“. Mertens, (2000: 50)

«La capacidad real del individuo para abordar todas las tareas que componen un lugar de trabajo (workplace). Los cambios... nos obligan a focalizar más en las potencialidades del individuo para movilizar sus capacidades y desarrollar su potencial en concreto y desarrollar situaciones laborales». La competencia laboral es «la habilidad para desempeñarse conforme a los estándares requeridos en el empleo, a través de un rango amplio de circunstancias y para responder a demandas cambiantes». IHCD, en Irigoín y Vargas, (2003: 45)

Capacidad objetiva de un individuo para resolver problemas, cumplir actos definidos y circunscriptos . El hecho de disponer conocimientos y aptitudes o de emplearlas con un propósito para expresar una capacidad que manifiesta un dominio exitoso sobre determinadas tareas o situaciones problemáticas.

Las competencias aluden a las capacidades adquiridas (conocimientos, actitudes, aptitudes, perspectivas, habilidades) mediante procesos sistemáticos de aprendizajes que posibilitan, en el marco del campo elegido adecuados abordajes de sus problemáticas específicas, y el manejo idóneo de procedimientos y métodos para operar eficazmente ante los requerimientos que se planteen. Lafourcade, en Cocca, (2003:2)

Para Cejas (2008), “se trata de las particularidades o propiedades psicológicas de la personalidad que constituyen una condición para la realización exitosa de una actividad dada. Las capacidades son una posibilidad y el nivel de destreza o maestría en una u otra actividad, una realidad”

### **Los puntos de vista de la competencia laboral**

Al revisar la literatura, con respecto a la definición de competencias, se puede ver que los autores tienen diferentes posiciones respecto al concepto:

Un primer punto de vista es como la gestión de recursos humanos, relacionada con la idoneidad y el desempeño del trabajador, a continuación se muestra ejemplos:

"La noción de competencia, tal como es usada en relación al mundo del trabajo, se sitúa a mitad de camino entre los saberes y las habilidades concretas; la competencia es inseparable de la acción, pero exige a la vez conocimiento. Una vieja definición del diccionario Larousse de 1930 decía: “en los asuntos

comerciales e industriales, la competencia es el conjunto de los conocimientos, cualidades, capacidades, y aptitudes que permiten discutir, consultar y decidir sobre lo que concierne al trabajo. Supone conocimientos razonados, ya que se considera que no hay competencia completa si los conocimientos teóricos no son acompañados por las cualidades y la capacidad que permita ejecutar las decisiones que dicha competencia sugiere.” Son entonces un conjunto de propiedades en permanente modificación que deben ser sometidas a la prueba de la resolución de problemas concretos en situaciones de trabajo que entrañan ciertos márgenes de incertidumbre y complejidad técnica. Gallard y Jacinto, (1995:60)

“Competencias es el nuevo paradigma del empleo. Los atributos que debe disponer un trabajador para ocupar un determinado puesto. En las actuales condiciones de competitividad y productividad, el concepto de competencias se impone en lo que se refiere a la formación y desarrollo de capital humano. El concepto de competencia busca definir y evaluar las capacidades del trabajador según su desempeño en situación de trabajo. La competencia laboral no es una probabilidad de éxito en la ejecución del trabajo, es una capacidad real y demostrada. Donna, (2001:2)

En la OIT, Ducci define la competencia laboral como «la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también –y en gran medida– mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo”. Ducci, en Guzmán e Irigoin, (2000:14).

“Las competencias son los conocimientos, las aptitudes y el “saber hacer” movilizados; cuyo dominio debe poder evidenciarse en una situación profesional dada”. Confederación Europea de Sindicatos, (2002:197)

“Las competencias «modernas» no se enseñan en un curso solamente, sino que son el reflejo de un ambiente productivo, empapado en la atmósfera de las empresas, en los códigos de conducta y funcionamiento que operan en la realidad, en la incorporación de las pautas de trabajo y de producción. En fin: solo una propuesta donde se articulan educación/formación, con trabajo y tecnología, en un adecuado ambiente, puede ser el mecanismo por el cual se transmitan valores, hábitos y comportamientos inherentes a las modernas competencias requeridas por trabajadores, técnicos y profesionales en las actuales circunstancias históricas”. Mertens, (1996:51)

En ese sentido, toma especial relevancia el concepto de competencia laboral, entendida como la capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos del desempeño en un determinado contexto laboral, y no solamente de conocimientos, habilidades o destrezas en abstracto; es decir, la competencia es la integración entre el “saber”, el “saber hacer” y el “saber ser”. La competencia laboral proporciona información sobre el capital intelectual que portan los individuos, asegura si realmente éstos cumplen con el estándar de calidad establecido por rama, industria o área ocupacional, y determina el nivel de desempeño de la fuerza de trabajo. Ibarra, (2000:99)

De todos estos conceptos y criterios, se puede inferir que existen tres puntos de vista sobre el concepto de competencia:

- Punto de vista empresarial. La competencia vista en el desempeño eficiente del trabajador.
- Punto de vista psicológico. La competencia como una conformación psicológica compleja, que implica componentes motivacionales y afectivos del sujeto.
- Punto de vista del diseño curricular. ¿Cómo formar un profesional con los conocimientos, procedimientos y actitudes requeridos para ocupar el espacio que le corresponde en la sociedad? Es decir, la estructuración curricular y didáctica del sistema de conocimientos, habilidades, valores, aptitudes, actitudes, motivos que debe poseer un individuo para ejecutar sus tareas y su labor con el mínimo de requisitos exigidos en el contexto laboral, desde la visión de la escuela.

Pero los tres puntos de vista unidos darán una visión más integral, una visión holística de esta definición tan compleja y tan controvertida. Cejas, (2008)

### **Formación por competencias**

La formación basada en competencias (FBC) puede ser entendida como un proceso abierto y flexible de desarrollo de competencias laborales que, con base en las competencias identificadas, ofrece diseños curriculares, procesos pedagógicos, materiales didácticos y actividades y prácticas laborales a fin de desarrollar en los participantes, capacidades para integrarse en la sociedad como ciudadanos y trabajadores. Irigoín y Vargas, (2003:67)

Se puede concebir a la Formación Profesional Basada en Competencias como un programa en el que los resultados esperados (competencias) y los objetivos de aprendizaje (indicadores y evaluación) son especificados anticipadamente por escrito. Además, cada uno de estos componentes está visiblemente vinculado con un proceso de enseñanza.

Es necesario, entonces, definir qué se entiende por formación por competencias:

La formación por competencias es una manera de estructurar el proceso educativo, que contribuye a proporcionar conocimientos, habilidades, hábitos, valores, actitudes, motivos, donde el individuo alcance un desarrollo del pensamiento y formaciones más amplias y profundas que traen como resultado un desempeño efectivo de su labor.

Hasta la fecha, con el impulso de organismos como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), siguen desarrollando se programas de educación en servicios de salud y enfermería basada en competencias, los cuales se aplican en numerosos países, entre ellos están: México, Argentina, Canadá, Francia, Alemania, Australia, Gran Bretaña, Brasil, Chile y otros de América Latina. Irigoin, (2002).

Como una estrategia complementaria para el establecimiento integral del sistema de competencias en enfermería, países latinoamericanos como Colombia, Cuba y México, han llevado a cabo investigaciones para determinar

las competencias profesionales de enfermeras que fueron formadas sin este modelo y así ubicar sus necesidades de capacitación y posterior entrenamiento basado en competencias. Omayda, (2003).

Sin embargo, en lo que respecta al campo de la salud, un estudio reciente en el que participaron 89 países, se investigaron las competencias de diversos profesionales. Las competencias analizadas se clasificaron en 7 áreas: administrativa, práctica profesional, investigación, evaluación de salud de los trabajadores, educación en salud, atención de emergencias, salud ambiental y seguridad. Entre los hallazgos más sobresalientes se encontró que el grupo profesional de enfermería, comparado con los demás profesionales obtuvo, a excepción de las competencias de atención a emergencias, los porcentajes más bajos en todas las demás competencias; también en lo que respecta a la comparación de la misma profesión entre países desarrollados y “en desarrollo”, las enfermeras de países “en desarrollo” mostraron significativamente menos competencias que las de países desarrollados en todas las áreas citadas (Delcios et.al., 2005).

Ante los resultados de este estudio, se vislumbra la necesidad evidente de impulsar la formación de enfermeras especialistas en salud con el enfoque de competencias. Ello deberá asegurar, en mejor medida, su competitividad y desempeño de acuerdo con los estándares que exige la sociedad y el mundo actual.

#### **2.2.2.4. La educación en el tratamiento de la salud**

##### **El significado de la expresión educación para la salud (EPS)**

Esta disciplina se constituye como materia autónoma, por primera vez, en 1921 con el primer programa de EPS, aunque la terminología se empleó por primera vez, en 1919. Hasta 1937 no se establece una cualificación profesional, y en 1977 se edita un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública como profesionales que contribuyen a la reducción de problemas de salud y a elevar el nivel de bienestar en la sociedad. Navarro, (2006).

Muchas son las definiciones de EPS. Una de las más debatidas ha sido la de la OMS: “acción ejercida sobre el educando para un cambio de comportamiento”, la crítica se asienta sobre la expresión “acción ejercida” pues se entiende que limita la autonomía del alumno lo que se traduciría en ineficacia, puesto que cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que no respete la autonomía no se interioriza y por tanto, no se aprende.

La 36ª Asamblea Mundial de la Salud define: cualquier combinación de actividades de información y educación para alcanzar la salud y buscar ayuda cuando sea preciso. Navarro, (2006).

En EEUU, se define como el proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad.

Para Gordon (2002), “es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables”

Salleras (2006), refiere que se trata de un “proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales para facilitar los objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos”. Navarro, (2006).

Partiendo de entender la salud como un proceso optimizador y de integración, y la salud como bienestar físico, psíquico y social, provisionalmente se define la EpS como “un proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones y también del ambiente en sus dimensiones ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva”.

La EpS tiene una función preventiva y correctiva que exige dotar a la persona, familia y otros grupos de conocimientos necesarios para prevenir enfermedades, pero su fin principal está en promover estilos de vida saludables.

Los hábitos saludables están insertos en un contexto o entramado social que determinan los estilos de vida, por lo que las estrategias educativas deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, pues las conductas difícilmente se modificarán si no se promueven cambios ambientales adecuados.

Por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse a ambos aspectos.

Es en la familia donde debe iniciarse esta lucha por ser la primera institución socializadora. A ellos se une la escuela y otras instituciones donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función con las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

### **Tratamiento transversal de la educación para la salud desde las áreas de conocimiento**

La Educación para la Salud colabora en la construcción de los contenidos de todas las áreas de conocimiento. Se mantiene la estructura disciplinar tradicional, pero en todas ellas, aunque en diferente grado según sus características, se adoptan las medidas necesarias para incorporar la salud en sus contenidos. Navarro, (2006).

Es por lo tanto una decisión del equipo, desarrollar este nivel de integración, que a diferencia de los niveles anteriores, solo implicaba a profesionales aislados. Esto no significa, una ampliación de los contenidos de las áreas, sino más bien un cambio metodológico, en el que la salud impregna el acto didáctico y donde se pueda conjugar el saber y conocimiento con el saber cotidiano, para que en la escuela se aprenda para la vida. Conseguir el máximo nivel de integración

desde esta perspectiva significa: buscar la trascendencia de la acción educativa planteando, desde una dimensión de salud los objetivos a conseguir en cada una de las áreas de conocimiento; procurar que desde todas ellas, se desarrollen contenidos saludables evitando en lo posible las repeticiones innecesarias, por lo que debe existir una planificación previa; seleccionar unos contenidos mínimos sobre los que trabajar desde las áreas; utilizar las estrategias necesarias para el desarrollo de capacidades y actitudes, de manera que los alumnos puedan realizar "elecciones informadas"; y evaluar el proceso y los objetivos de salud conseguidos. Navarro, (2006)..

Bunge (1989), señala que se denomina iatrofilosofía a la filosofía de la medicina, rama de la epistemología, que se ocupa de analizar los supuestos filosóficos de las ideas y prácticas médicas, así como de investigar los problemas filosóficos que surgen de la investigación de la praxis médica. En resumen la iatrofilosofía no es una mera expectativa de la actividad médica sino que desempeña un papel activo, propiciando que se formen médicos con competencia filosófica y filósofos con competencia médica.

Las ideas acerca de la salud, la enfermedad y la terapia dependen críticamente de la concepción filosófica del hombre que se adopte:

- Si el hombre es un ente espiritual o puede albergar espíritus, la enfermedad es un espíritu maligno y la terapia consiste en espantar o exorcizar dicho espíritu.

- Si el hombre es un animal, la enfermedad es un desarreglo puramente físico o químico y la terapia un tratamiento fisioterapéutico o quimioterapéutico.
- Si el hombre es un animal que piensa y que vive en sociedad, entonces está expuesto a una mayor variedad de desarreglos y también puede beneficiarse en una mayor variedad de terapéutica.

En resumen, la medicina siempre ha estado sometida a influencias filosóficas. En cambio, es dudoso que la filosofía haya sufrido un gran impacto por parte de la medicina. Sin embargo, el reconocimiento explícito de que la medicina, tiene una filosofía y propone tareas al filósofo, es reciente (Bunge, 1989).

### **2.2.3. Rol de la enfermera.**

#### **2.2.3.1. Concepto de Enfermería**

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general.

Florence Nigthinggale inicia conceptualizando a la “enfermería como algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería”

Posteriormente Virginia Henderson en 1960 conceptualiza “la enfermería como el conjunto de actividades que contribuyen a recuperar la independencia del ser humano lo más rápidamente posible”.

El colegio de Enfermeras en el Perú, señala que los cuidados de enfermería se consideran como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje este empeñado en ello. Senge, (1999). Es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados, es decir se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando mecanismos autorreguladores que privilegien la crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho.

#### **2.2.3.2. Funciones de una enfermera.**

La enfermería es una actividad que se inició con la humanidad misma en la lucha por la supervivencia y la preservación de la vida humana. Durante largo tiempo, ha sido un arte y una práctica basada en una filosofía general y solo en los últimos decenios ha ido tomando su lugar entre las profesiones de salud, tratando de disminuir su dependencia frente a otras disciplinas para desarrollar un marco conceptual que le sea propio.

Las funciones se clasifican como:

**Función asistencial:** Está encaminada a apoyar al individuo en la conservación y el incremento de su salud. Responde al cuidado de las personas enfermas y sanas, es decir, ayudarlas a mantener su salud o recuperar las funciones y

capacidades deterioradas por un proceso patológico. Para ello, la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud.

**Función docente:** Permite producir conocimientos, formación de futuros profesionales y conducir los procesos de enseñanza y aprendizaje, así como la educación permanente para que este personal pueda continuar su perfeccionamiento siguiendo el avance de la ciencia.

**Función administrativa:** Permite asegurar que las actividades que deban ser desarrolladas por los profesionales en los distintos campos de actuación se realicen de forma sistemática, racional y organizada y asegurando el uso adecuado de los recursos, o sea que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero, pero siempre compatible con la calidad de trabajo previamente acordada.

**Función investigativa:** Es el conjunto de actividades que desarrolla el personal de enfermería con el objetivo de seguir avanzando en la solidificación de su identidad profesional a través de la investigación de los problemas de salud de la población dentro del equipo multidisciplinario.

### **2.2.3.3. Perfil de la enfermera.**

En el perfil profesional, se identifican los conocimientos teóricos, las aptitudes que debe demostrar el profesional y toda la información que se necesite, para poder establecer posteriormente las funciones.

- Perfil profesional del personal de enfermería licenciado:

Es un profesional que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, embarazada, adolescente, adulto y adulto mayor), familia y comunidad. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas en instituciones y servicios de los tres niveles de atención de salud, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. Cuenta con autoridad para tomar decisiones y profundos conocimientos profesionales en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno; y habilidades teórico prácticas en las técnicas específicas y de alta complejidad del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería en el marco del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

- Perfil profesional del personal de enfermería técnico:

Es un enfermero técnico superior que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto, y adulto mayor), la familia y la comunidad en los tres niveles de atención. Realiza funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas mediante una firme actitud humanística, ética, de responsabilidad legal y con conocimientos en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno. Está entrenado en las técnicas específicas del ejercicio de la profesión, sustentado en la lógica del método científico profesional de enfermería, acorde al desarrollo científico y tecnológico de las ciencias.

#### **2.2.3.4. Formación académica de la enfermera.**

En cuanto a la formación del personal de enfermería en América Latina, según un estudio realizado por la OPS en 1998, el 52% de los programas son de nivel universitario, no obstante, este panorama es más complejo, pues la enfermería como sistema de enseñanza varía dentro de los países, pero de manera general se pueden clasificar en tres categorías principales: licenciatura o equivalente, diplomado y técnico. Y se plantea que en América Latina se ha transformado la práctica de enfermería de una formación generalista polivalente, en la década 1950, a una especializada en los años setenta, cuyo proceso de profesionalización se ha caracterizado por tres tendencias:

1. Cambio en la educación de enfermería, de una modalidad técnica hospitalaria a la modalidad universitaria.
2. Actualización y modernización de la reglamentación y autorregulación de la educación y práctica de la enfermería.
3. Surgimiento de instituciones privadas, en algunos países, para la formación de personal técnico fuera del control de la profesión.

Otro rasgo que se ha observado es que el nivel de capacitación de las enfermeras varía desde la que tiene una preparación informal, hasta aquellas con categorías profesionales, con formación de pregrado y postgrado. Además, en el mercado laboral no siempre se encuentran diferenciados los cargos de acuerdo al nivel de formación y se ha evidenciado la falta de delimitación de las funciones y tareas del personal de enfermería, el que posee una preparación tan

heterogénea y en la mayoría de los países de la región las mismas funciones y tareas están a cargo de este personal, al margen de su preparación.

En los últimos años, hay evidencias en muchos países que reflejan que las profesionales de enfermería en la salud pública han mostrado un alto grado de experticia en los aspectos de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud; las enfermeras ofrecen servicios en una amplia variedad de formas, diagnostican problemas de salud, proveen enseñanza a los pacientes y familias, realizan consejería, hacen seguimiento de los cuidados, colaboran con otros profesionales, remiten pacientes, administran y controlan tratamientos, manejan casos, entre otros.

#### **2.2.3.5. Rol de la Enfermera**

El rol de la enfermera como miembro del equipo de salud es importante, ya que su habilidad es el complemento necesario en todas las ramificaciones del campo de la medicina, contribuyendo con sus conocimientos y experiencias, brindando al paciente los cuidados de los aspectos: en los aspectos psicológicos, espiritual y juicio cultural. De modo que debe comprender lo que el paciente y su familia experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento, con el fin de administrar los cuidados óptimos.

La enfermera dentro del Hospital tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos, con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud del paciente y familia; con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

El rol profesional de enfermería en el hospital está relacionado con la aplicación del proceso de atención de enfermería iniciándose por la valoración, el estado nutricional y el examen físico, el apoyo psicológico, preparación para procedimientos y manejo de pacientes de alto riesgo, así como las actividades de gestión. La valoración es el primer caso a seguir, se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa, motivo de consulta, exámenes de laboratorio, radiografías de tórax, otros exámenes complementarios antecedentes de alergia, medicamento que está ingiriendo y que puedan influir en el desarrollo del procedimiento, horas de ayuna, peso y talla, otro aspecto importante es la variación del estado nutricional: Incluyendo edad y etapa del desarrollo, sexo, estructura, peso usual, peso actual, costumbres en cuanto a actividades diarias y grado de actividad patrón usual de alimentación y cualquier alteración reciente del mismo e ingestión actual de alimentos y líquidos,

El examen físico es importante para obtener objetivos del paciente. Analiza las características semiológicas normales, detectar alteraciones que presente al paciente, en su procedimiento céfalo-caudal donde están involucrados todos los órganos y sistemas del cuerpo humano. El examen físico nos permite observar, interrogar y examinar, al mismo tiempo nos permite evaluar y anotar los signos vitales.

El apoyo psicológico antes del procedimiento es indispensable en el paciente, debe recibir un trato amable, cordial, expresándole palabras que le den seguridad, confianza, a fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo o

depresión que presenta ante esta situación que para muchos es desconocida explicándole en que consiste lo que se va a realizar y lo que podría sentir, el tiempo aproximado de duración y lo importante de su colaboración.

La enfermera debe reflexionar sobre su trato al paciente, debe llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional - paciente, confianza para preguntar por su estado, dolor, etc.

#### **2.2.3.6. Principales dificultades de la enfermera.**

Los cuidados de la enfermera deben girar en torno a diferentes aspectos que se resumen en una actitud empática para interpretar lo que el paciente o usuario realmente necesita; se puede hablar de cuidar como suplencia, como transferencia o como disponibilidad; es decir, ponerse al servicio de la otra persona.

No se debe descuidar el cuidado emocional y que comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados.

La práctica de enfermería se ocupa de crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

## **2.2.4. Estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales.**

### **2.2.4.1. Las enfermedades terminales.**

Se ha definido como enfermedad (o condición) terminal a la que transcurre con las siguientes características:

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de respuesta al tratamiento específico.
3. Pronóstico de vida no mayor de 6 meses.
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.

La situación de enfermedad terminal es aquella en la que existe un padecimiento avanzado, progresivo, e incurable, con numerosos síntomas, multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y el equipo de asistencia, con pronóstico de vida limitado por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones relacionadas con la edad avanzada.

El *Enfermo terminal* es el que padece un proceso agudo o crónico que lo lleva a una situación crítica y lo conduce a la muerte en un plazo de 3 a 6 meses. Este período se caracteriza por una situación humana muy difícil, dada la incapacidad para recuperar la salud y responder a la rehabilitación y terapéutica. La situación concreta de incurable no siempre está dada por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado, y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica.

#### **2.2.4.2. Etapas en la evolución del enfermo terminal**

Actualmente, se reconocen las siguientes:

- Etapa inicial de estabilidad: Es aquella en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración de su estado funcional.
- Etapa sintomática o de estado: Caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa de declive: Las complicaciones están presentes de una forma continua y se observa un deterioro funcional importante que altera, en mayor o menor grado, la capacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Etapa final o de agonía: Están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico que oscila entre 1 y 5 días.

La evolución de una etapa a otra puede ser de manera brusca o de forma más lenta, y no existen factores pronósticos de una supervivencia concreta, con un poder predictivo elevado, una vez que se ha establecido la fase terminal. Es bueno aclarar que la fase en que se encuentre el paciente es importante para la toma de decisiones teniendo en cuenta siempre los principios de la ética. Así, actividades que pueden resultar adecuadas en las dos primeras etapas (como las transfusiones, la radiación, o la Cirugía paliativa o los estudios de imagen,

entre otros), pueden no ser adecuados en la etapa de declive intenso o en la fase agónica. Por otra parte, la consideración de las distintas etapas permite entender que la enfermedad en fase terminal no está circunscrita a la última semana o a los últimos días de vida del enfermo.

Kubler Ross (1989), ha descrito, después de escuchar confesiones de miles de pacientes moribundos, las diversas etapas que atraviesan, desde el punto de vista emocional estos enfermos, aunque ellas necesariamente no tienen que seguir una secuencia rígida, pues pueden yuxtaponerse, repetirse en el curso de enfermedades crónicas largas, no darse, o también aparecer en desorden. Estas etapas pueden ser caracterizadas de las formas siguientes: negación, rabia o ira, pacto o negociación, depresión y aceptación. Claro, que en los casos muy agudos o de muertes inesperadas, estas etapas prácticamente desaparecen, o se suceden de forma muy rápida.

#### **2.2.4.3. Descripción del proceso de enfermedad avanzada y terminal.**

En la actualidad, ya se habla de enfermo al final de su vida, lo cierto es que estamos ante una persona que padece una enfermedad que en un tiempo corto de vida le llevará a la muerte. Como señala Limonero (1994), la expresión de enfermedad terminal conlleva connotaciones negativas de algo que se acaba y que por tanto, no hay nada más que hacer o no tiene sentido hacer algo. Pero cuando se habla de enfermo en situación de enfermedad avanzada o terminal, se hace referencia a una persona que está atravesando una situación concreta de su ciclo vital en la que existen diversos aspectos que forman este proceso avanzado de enfermedad. Por lo que, a pesar de la enfermedad, se puede

prestar y proporcionar una asistencia digna y humana, a la persona que todavía sigue existiendo y que tiene derecho de ser tratada como tal. Teniendo presente esta matización, en este trabajo, para no repetir siempre el mismo léxico, vamos a utilizar términos como enfermo terminal, moribundo o enfermo al final de su vida, para definir a una persona que está en el proceso de morir o en fase de enfermedad avanzada y terminal.

Centrándonos en la fase de enfermedad avanzada y terminal y dejando de lado sus etapas anteriores (diagnóstico y tratamiento de la enfermedad maligna), se puede definir esta fase como aquella en que la muerte es inevitable, y en la cual, el tratamiento pasa de ser curativo a paliativo. Limonero, (1994).

En síntesis, esta fase denominada avanzada y terminal es un momento de la vida de una persona que está al final de su vida, pero en la que todavía se puede hacer mucho por la misma. Es una fase en la que, como señala Sanz Ortiz (1998), una vez adquirida la certeza de la inmediatez de la muerte, no hay que obstinarse en prácticas terapéuticas inútiles que sólo disminuyen el grado de confort del enfermo. Una fase en la que la toma de la tensión arterial cada seis horas, el control de la diuresis horaria y un sinfín de tratamientos más, si alargan la vida solo será en horas o días, pero lo que sí es seguro es que prolongan la agonía, en un período de la vida en que todos deseamos que sea breve y lo más confortable posible.

#### **2.2.4.4. Características de los pacientes con enfermedades terminales.**

Basándonos en Gómez Batiste y Roca (1989), las características que definen una enfermedad como terminal, son las siguientes:

- La enfermedad está en un estadio avanzado, es progresiva e incurable, y por lo tanto, no puede responder a tratamientos activos.
- Presentación de numerosos y diversos síntomas, de causa multifactorial, cambiantes y a menudo intensos. Esta sintomatología evoluciona de forma poco estable pudiendo incluso variar en cuestión de horas. Por ello, a veces se habla de cuidados intensivos de confort al referirse a los cuidados paliativos.
- Situación que genera un fuerte impacto emocional sobre el enfermo, la familia y el equipo. El grado del impacto tendrá relación, entre otros aspectos, con el nivel y la calidad de información que posee el paciente sobre su enfermedad, el grado de control de los síntomas, la edad y el soporte emocional y social que pueda recibir tanto el paciente como el familiar y el equipo asistencial.
- Presencia a corto plazo de la muerte. Esta característica está considerada como la primera causa de impacto emocional en el proceso de morir.
- Pronóstico de vida limitado. Una vez definida la situación de incurable y progresiva, la mayoría de los enfermos muere antes de los seis meses. Ante esta realidad, los objetivos se revisan continuamente adaptándose a los cambios en las necesidades del enfermo y la familia. Al mismo tiempo, la eficacia asistencial es reevaluada de forma constante ya que el tiempo del que se dispone es limitado.
- Importante demanda de atención que requieren los pacientes y familiares. La asistencia es individualizada ya que cada caso es particular y si se tiene en cuenta que el objetivo principal es el bienestar del paciente y familia, la atención deberá de ser necesariamente personalizada, tanto por las

características de la enfermedad y de la forma de ser del paciente como de las necesidades que surgen día a día tanto en el paciente como en la familia.

En cuanto a las características físicas de un enfermo terminal, son similares a las de cualquier paciente muy grave, a medida que el paciente se torna más débil, se producen los siguientes cambios.

1. Pérdida del tono muscular.
2. Cese progresivo del peristaltismo.
3. Lentitud de la circulación sanguínea.
4. Respiración difícil.
5. Pérdida de los sentidos.

En el moribundo, también, se alteran los sentidos. La visión suele hacerse borrosa y por ello el paciente prefiere una habitación iluminada, en lugar de la oscura en la que se piensa con tanta frecuencia. Asimismo, es posible que sus ojos necesiten atención especial. Con frecuencia, se secan los ojos y quizá sea necesario instilar algún soluciones oftálmicas estériles en las conjuntivas para conservarlos estériles.

#### **2.2.4.5. Emociones que permiten las enfermedades terminales.**

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos

son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica.

En este sentido, la muerte o su proximidad, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además, se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión. En la sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas, y que la mayoría de las veces no está en nuestros pensamientos.

Esta negación social de la muerte, también se traslada al ámbito médico: la medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, a partir de la idea que ésta es en teoría evitable, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico.

#### **2.2.4.6. Comportamiento en las enfermedades terminales.**

En la fase de depresión, primero, se lamentará por lo que ha perdido y después comenzará a perder interés por el mundo exterior. Cada vez tendrá menos ganas de estar con gente, y poco a poco se irá preparando para el final. Si le dejan llorar su pena, si su vida no se prolonga de forma artificial y su familia admite la situación, podrá morir en paz al llegar a la fase de aceptación.

Todas las etapas hay que comprenderlas en profundidad para que podamos entenderlos en sus reacciones, sus silencios, sus enojos, su rebeldía, y todo comportamiento que parezca que no es normal, solo si conocemos estas fases

podremos darles cuidados espirituales, físicos y emocionales, de calidad y en los momentos oportunos.

Estos pacientes no solo tienen necesidades físicas, sino también emocionales y espirituales. Para obtener la fuerza y valor para afrontar la muerte con dignidad, muchas personas encuentran que su religión es de gran ayuda.

## **2.2.5. Enfermería y cuidados paliativos.**

### **2.2.5.1. Definición de Cuidados paliativos.**

La Organización Mundial de la Salud (1990), definió los cuidados paliativos como el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial, el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. Esta definición se complementa con los aspectos siguientes:

- Afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal;
- Ni adelantar ni retardar la muerte;
- Proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas;
- Ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte;
- Dar apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del paciente y en su elaboración del duelo.

Así pues, la atención de los cuidados paliativos va dirigida o proporcionar el máximo confort y bienestar posible, no solo al enfermo al final de su vida, sino también a su familia. En este contexto, la atención es integradora: se tienen en cuenta todas las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual. Pero para dar una respuesta integradora en el proceso de morir, es imprescindible el trabajo interdisciplinar. En la actualidad, los equipos que atienden a enfermos al final de su vida están compuestos mayoritariamente por médicos, diplomados en Enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y en muchas ocasiones con el soporte del personal religioso, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales entre otros profesionales. Sin embargo, para que sea efectiva la terapéutica es necesario que se establezcan objetivos conjuntamente entre el equipo, el paciente y la familia. Solo así se consigue el objetivo de ofrecer el máximo bienestar y confort al enfermo y familia.

#### **2.2.5.2. Objetivos de la terapéutica.**

Una vez agotados los tratamientos específicos ante una enfermedad maligna y terminal, los objetivos de la terapéutica se encaminan a ofrecer el máximo confort al enfermo y familia. Para conseguir este confort, los cuidados paliativos basan su tratamiento en los aspectos siguientes:

1. Atención integral. En la praxis de los cuidados paliativos, se tiene en cuenta el soporte holístico de los cuidados. Saunders en 1967, acuña el término dolor total, haciendo referencia a la necesidad de valorar el dolor como un síntoma compuesto por factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Es decir, el

sufrimiento del enfermo puede tener causas multifactoriales y su tratamiento deberá de tener siempre presente, las cuatro dimensiones de la persona.

2. Unidad a tratar: el enfermo y su familia. Desde el inicio de los cuidados paliativos, la familia forma parte integrante de los cuidados en el proceso de morir. La familia constituye el factor primordial del soporte al enfermo terminal convirtiéndose en un buen soporte emocional si recibe el apoyo adecuado. Por ello, es fundamental averiguar sus principales preocupaciones para poder intervenir y disminuir en la medida de lo posible las mismas. Coleil y Limonero, (2003).

3. Promoción de la autonomía y la dignidad del paciente. Las decisiones que se tomen deberán de ser compartidas y consensuadas con el paciente y se llevarán a término según lo pactado y establecido con el enfermo.

4. Concepción terapéutica activa. Implica una actitud asistencial rehabilitadora y global con el objetivo de aumentar la calidad de vida del paciente.

5. Importancia del ambiente. Un ambiente relajado que favorece la comunicación se considera tan importante como las posibles medidas farmacológicas que se puedan administrar al paciente.

### **2.2.5.3. Herramientas básicas de los cuidados paliativos.**

#### **A. Control de síntomas.**

Los síntomas que presentan los enfermos en situación de enfermedad avanzada o terminal, tienen una serie de aspectos comunes:

- a) Multiplicidad de síntomas. Es decir, la presencia de diversos síntomas que aparecen en periodos cortos y de forma consecutiva. La media de síntomas es de 9 (entre 1 y 23 síntomas), siendo el dolor el síntoma más temido.
- b) Otros síntomas frecuentes son la debilidad, la pérdida de peso, la anorexia, la depresión, la boca seca y la constipación.
- c) La intensidad de estos síntomas es alta y va en aumento a medida que la enfermedad avanza.
- d) La causa de su aparición suele ser multifactorial. Ello implicará la valoración de las posibles causas, de esta forma, aunque a veces no se llegue a modificar la causa principal, es posible conseguir una mejoría del síntoma.
- e) Aparecen nuevos síntomas cuyo impacto predomina sobre los anteriores, y en ocasiones, reaparecen síntomas que ya estaban controlados.

SÍNTOMAS PERCIBIDOS		SÍNTOMAS QUE MÁS PREOCUPAN	
DEBILIDAD	86%	DEBILIDAD	50%
PÉRDIDA DE PESO	72%	ANOREXIA	45%
ADORMECIMIENTO DIURNO	68%	PARÁLISIS	44%
TRISTEZA	65%	DOLOR	38%
ANOREXIA	65%	PÉRDIDA DE PESO	32%
		DIFICULTADES RESPIRATORIAS	30%

Cuadro N° 01: En la primera columna, se muestran los síntomas percibidos con mayor frecuencia. En la segunda, se observan los síntomas percibidos por orden de preocupación.

Cabe resaltar, que no todos los síntomas percibidos son causa de preocupación. En un estudio multicéntrico, realizado con 252 pacientes, se demostró que no todos los síntomas que percibe el paciente son considerados por éste, como causa de preocupación. Bayés et al. (1997). (Ver Cuadro N° 01).

Como se puede ver en el Cuadro N° 01, no todos los síntomas que padece un enfermo le producen el mismo grado de preocupación. En realidad, un buen abordaje terapéutico sería el que tendría en cuenta esta percepción de los síntomas por parte del paciente, aspecto que incidirá de forma directa sobre el bienestar del paciente y familia.

### **B. Apoyo emocional.**

El objetivo principal del apoyo emocional es la disminución de la gravedad del impacto emocional en el paciente, su familia y el equipo terapéutico. Un impacto que se produce no solo por la situación de enfermedad terminal, sino también, por todos los factores que inciden en dicha situación, principalmente la inminencia de la muerte.

La mayoría de los enfermos que están en una fase terminal de su enfermedad, llegan a la misma después de un cierto tiempo en el que han recibido algún tipo de tratamiento para curar o detener la progresión de la enfermedad. Este período de tiempo, permite en la mayoría de los casos, la adaptación a la realidad de la enfermedad y a los posibles cambios futuros que se pudieran producir. A pesar de esta adaptación, cuando el enfermo llega a esta última fase de la enfermedad, tanto éste como su familia, sufren un gran impacto emocional. También, el equipo terapéutico se ve afectado al percibir la muerte inminente del enfermo.

Comas (1992), define el impacto emocional como: Una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales más o menos intensas y cambiantes que la persona puede manifestar delante de la percepción de la muerte inminente, y

los problemas que ocasiona esta situación como resultado de apreciarla como amenazante y también desbordante de los propios recursos.

Autores como Limonero, 1994 y Schröder, 1996, señalan que los principales elementos desencadenantes del impacto emocional en el enfermo son los siguientes:

- Percepción de la muerte a corto plazo;
- Miedo a morir solo;
- Miedo a una agonía prolongada;
- Miedo al sufrimiento;
- Consecuencias que tendrá su muerte para la familia;
- Pérdida de control de la situación y de sus capacidades físicas y psicológicas;
- Pérdida de roles (sociales, familiares y laborales);
- Aumento de la dependencia y
- Deterioro de la auto-imagen corporal.

En cuanto al impacto emocional de la familia, es importante destacar, que la familia está compuesta por diferentes miembros y cada uno puede reaccionar de forma diferente ante un mismo problema. Por otro lado, no se vivirá de la misma forma el impacto que genera la muerte a corto plazo por parte del cuidador principal, que del resto de miembros que no ejercen este cometido. Colell y Limonero, (2003). Algunas de las manifestaciones del impacto emocional en la familia pueden ser las siguientes:

- Sentimientos de culpa por la relación anterior con el enfermo;
- Sentimientos de impotencia e indefensión ante la muerte;

- Pena y tristeza;
- Sobreprotección;
- Conspiración de silencio;
- Síntomas físicos como pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, pesadillas, vómitos, depresión, etc.

En relación a los factores que pueden desencadenar el impacto emocional en el equipo asistencial, expondremos de forma resumida, los siguientes:

- Inestabilidad emocional de algún miembro del equipo:
- Impotencia ante las adversidades (se controla un síntoma y aparece uno nuevo o se descompensa uno existente);
- Individualismo, no hay ninguna persona que pueda por sí sola, proporcionar toda la atención que necesita un enfermo en situación terminal;
- Conspiración de silencio pactada, implícita o explícitamente entre el equipo terapéutico y la familia;
- Poca formación profesional en la atención al enfermo terminal;
- Inadecuado control de síntomas y
- Paternalismo terapéutico.

Para Comas (1990), el apoyo emocional al enfermo al final de su vida debe de estar dirigido a:

- Reducir la soledad, el aislamiento;
- Aumentar la sensación de control sobre el entorno y su autonomía y la situación general;
- Reducir la apreciación de amenaza: la ambigüedad, la incertidumbre;

- Reducir la tensión;
- Aumentar la autoestima y reducir los sentimientos negativos: ansiedad, miedo, depresión, etc. En esta línea, se describen los efectos beneficiosos del apoyo emocional al enfermo al final de su vida, en los trabajos de Mattews-Simonton, 1989, y Siegel, 1995, principalmente.

Para la OMS (WHO, 1990), el apoyo emocional a la familia debe de constar de los siguientes elementos:

- Apoyo práctico para resolver problemas concretos;
- Apoyo emocional para disminuir el impacto emocional o modificar la percepción que se tiene del mismo;
- Apoyo asistencial que se puede dar mediante el ingreso del enfermo en una unidad de cuidados paliativos y de esta forma proporcionar descanso a la familia en el caso de que esta esté al borde de la claudicación emocional y,
- Prevención y tratamiento del duelo, cuyo objetivo es volver a equilibrar y restaurar la dinámica familiar afectada por la desaparición de uno de sus miembros.

En cuanto al apoyo emocional al equipo asistencial, Comas (1991), propone:

- proporcionar soporte emocional específico a los diferentes miembros del equipo terapéutico con relación a sus tareas profesionales;
- prestar atención psicológica a nivel individual tanto por razones relacionadas con su tarea como por otros motivos y,
- prevenir y tratar el síndrome del estrés profesional crónico o “burn-out”.

### **C. Información y comunicación**

La información y comunicación, junto con el tratamiento de síntomas, el apoyo emocional y la resolución de problemas prácticos son las herramientas básicas de los cuidados paliativos. Stedeford (1984), afirma que una pobre o inadecuada comunicación acerca de la enfermedad causa más sufrimiento que cualquier otro problema, a excepción del dolor no aliviado. Es probable que los pacientes que han sido tratados en un ambiente falto de comunicación, reportan mayor sufrimiento que los que han dispuesto de una atención adecuada. En un estudio realizado por Blasco (1990), se observó que los pacientes que han padecido efectos secundarios indeseables de la quimioterapia, estaban más descontentos con el grado de información recibida que los que no habían sufrido dichas consecuencias.

Aunque la información-comunicación es un instrumento fundamental en el proceso de morir, también puede tener sus limitaciones o efectos secundarios indeseables. Es decir, algunos enfermos demandarán y buscarán información, mientras que otros la evitarán. Por otro lado, algunos profesionales tendrán tendencia a informar y comunicarse con el enfermo y familia, y otros, se limitarán a una escueta y simple información. También, se ha de tener presente que la información puede generar efectos secundarios negativos que se han de prevenir o atender adecuadamente, para evitar que la misma ejerza un efecto contrario al deseado. Colell y Fontanals, (1996).

Otro aspecto importante de la información—comunicación es el que se refiere a la gravedad de la enfermedad y al estadio evolutivo de la misma. Por ejemplo,

comunicar a una mujer que el bulto que se le ha descubierto en la mama es un cáncer, sabiendo que la cirugía y la quimioterapia posibilitarán una alta probabilidad de curación, puede inducir reacciones más fáciles de manejar que cuando hay que revelar el diagnóstico de un cáncer más avanzado para el cual no hay tratamiento que pueda detener su progreso. Gómez-Sancho, (1996).

En el proceso de comunicar-informar, se ha de tener presente que se proyectan necesidades personales, ansiedades, miedos y el bagaje personal y profesional que incidirá en cómo se da la información. En este contexto, Noble (1991), comenta que comunicar e informar adecuadamente al enfermo y familia, al igual que otra habilidad, se ha de entrenar y practicar. Por otro lado, se ha de crear un clima adecuado para poder efectuarla, buscar un momento idóneo y un lugar acogedor e íntimo. Si estas premisas no se cumplen, el acto de informar-comunicar se verá afectado en perjuicio de todos los interventores, principalmente del enfermo y su familia. Este clima adecuado se ha de fundamentar en la dosis de verdad que es capaz de asumir el paciente, la escucha activa, la comprensión y el respeto y esto, obviamente, solo se puede conseguir mediante una cierta dosis de tranquilidad e intimidad. Noble, (1991).

A modo de síntesis, se puede decir, que para desarrollar y mantener una buena comunicación, es condición “sine qua non”, disponer de un buen control de síntomas, que permita establecer los fundamentos de un adecuado clima relacional. Pautas o actitudes contrarias a las que se han descrito anteriormente, se pueden considerar errores en el proceso de información—comunicación. Entre estos errores pueden destacarse, las mentiras o verdades a medias, la

sobreprotección que puede llevar a la conspiración de silencio, es decir, ocultar la verdad de la situación al enfermo, las prisas, el distanciamientos físico y emocional, la tecnificación, la información como un acto único y no como un proceso, etc. Colell y Fontanals, (1996).

#### **2.2.5.4. Importancia de los cuidados paliativos de la enfermera.**

El personal de Enfermería es el que más horas pasa al lado del moribundo y de su familia, y por otro, por ser el colectivo más numeroso en los equipos de atención al enfermo terminal. Si nos centramos en su labor profesional destacaremos que la tarea de cuidar tiene dos objetivos básicos: el primero, ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan realizar una vida plena y, en segundo lugar, ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad. Ambos objetivos son los que identifican claramente la función básica de Enfermería.

Como señalan Naudí, Palomar y Ramírez (1996), la Enfermería de cuidados paliativos desarrolla una serie de habilidades que le son propias, no por el hecho de su profesión, sino por el contexto donde las desarrolla. Este queda enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias donde la enfermedad progresa inevitablemente hacia la muerte. En este contexto, Enfermería junto con el resto del equipo se centra en aliviar los problemas, proporcionar soporte emocional, facilitar los procesos adaptativos, contribuir a la comunicación paciente-familia y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

El llevar a término todo lo anterior no sólo dependerá de una buena formación general, sino también de una formación específica, ya que la problemática con la que deberá de enfrentarse, tiene características propias. En este sentido, la madurez personal y profesional, junto con la capacidad de tener una visión global de la situación que atiende, serán aspectos que facilitarán la relación del colectivo de Enfermería con el enfermo moribundo y su familia. Si tenemos en cuenta que la enfermedad terminal no solo tiene implicaciones físicas sino también emocionales, sociales y espirituales, la valoración deberá de ser necesariamente global y los cuidados deberán de ir encaminados a atender las necesidades del paciente y su familia, pero siempre teniendo presente esa visión global.

Centrándonos en el objetivo de bienestar, añadiremos que Enfermería por su idiosincrasia, permite con mayor facilidad, la aparición de un clima de confianza, respeto y seguridad que será la base para proporcionar ese bienestar al paciente y a su familia.

Por otra parte, la/el enfermera/o es uno de los miembros fundamentales del equipo de cuidados paliativos sobre todo por ser el profesional que más tiempo dedica y pasa con los pacientes y su familia tanto en hospital como en la atención domiciliaria, lo que le permite un contacto más constante y directo, facilitando por ello, el conocimiento de las necesidades, inquietudes y preocupaciones del enfermo y familia. La importancia de este contacto se describe en el trabajo de Zerzan, Stearns y Hanson (2000) en los que se describe el valor que otorgan los

pacientes y familia al colectivo de Enfermería no sólo por los cuidados físicos que reciben, sino también por el apoyo emocional que este colectivo les brinda.

Centrándonos en algunos de los aspectos de la función de los cuidados de Enfermería en el contexto de los cuidados paliativos, citaremos entre otros, los cuidados de la piel, la boca, la alimentación y la hidratación, los cuidados de la eliminación, de la actividad física, y de los cuidados del reposo y del sueño y del soporte emocional al enfermo y su familia.

En definitiva, la Enfermería de Cuidados Paliativos desarrolla su actividad en un contexto donde las habilidades y funciones que le son propias las debe compartir con la exigencia de trabajar integrada en un equipo. Así pues, su trabajo se ve enmarcado en la necesidad de tener una visión global de las necesidades del paciente y la familia.

#### **2.2.5.5. Percepción de la enfermera frente a pacientes terminales.**

El proceso de morir es un período propicio para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. Como se ha dicho antes, en este proceso están involucrados el paciente moribundo, la familia y el equipo asistencial. La fragilidad de este momento va a generar sentimientos difíciles de contener y vivenciar. La ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente.

Dentro del colectivo sanitario, los profesionales de Enfermería serán probablemente, los que más directamente sufrirán y vivirán esta situación tensa

que genera la muerte a corto plazo. Y básicamente por dos motivos. El primero, porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida, y en segundo lugar, porque es el colectivo que más horas pasa al lado del enfermo y de su familia. Esta proximidad espacial y temporal, conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés. Pero por otro lado, si a este padecimiento se añade la tensión que conlleva la presión asistencial, se puede llegar a una situación de agotamiento emocional, produciéndose o bien un distanciamiento con el enfermo o todo lo contrario, una identificación con sus problemas. Todo ello, repercutirá en un deterioro de la relación interpersonal, con consecuencias negativas, tanto para el enfermo como para el cuidador, al estar incapacitado emocionalmente para desarrollar su labor.

En toda relación humana, las emociones juegan un papel importante. Y en el proceso de morir todavía más por la presencia de la muerte. En esta situación o proceso, para el enfermo, el sentirse comprendido y reconocido como ser humano, la reflexión sobre su propia vida, o el poder despedirse de sus seres queridos entre otros aspectos, se convierten en necesidades primordiales que deben de ser satisfechas. Al mismo tiempo, para el cuidador y en este caso, para el colectivo de Enfermería, el sentirse útil y humano, el poder facilitar la comunicación y el cuidado de los aspectos físicos se convierten en el centro de sus preocupaciones. Pero a medida que se deteriora la salud del enfermo, las necesidades psicológicas suelen prevalecer sobre las físicas.

En este contexto, el poder satisfacer las necesidades físicas y psicológicas proporciona al cuidador la oportunidad de expresar afectos y de dar una dimensión humana si cabe, a su labor profesional. La experiencia vivida suele consolidar la propia autoestima además de fortalecer los sentimientos de eficacia y competencia. No obstante, el hecho de estar durante horas, días y a veces meses, al lado del enfermo terminal, va a confrontar al personal de Enfermería con el miedo de la propia muerte. Cullen, (1998).

Situaciones como el final de la vida y cambios continuos tanto a nivel profesional como personal, suponen un reto de adaptación continua. Arranz et al. (2003), señalan alguno de los aspectos que pueden incidir en el Síndrome de estar quemado: presión asistencial excesiva; gran responsabilidad en la toma de decisiones; continuo contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte; poca formación para el manejo de los aspectos emocionales de la persona que sufre y muere y, dificultades de comunicación con pacientes y familiares, sobre todo en relación a la comunicación de malas noticias.

Siguiendo en esta línea, un estudio sobre estrés ocupacional en cuidados paliativos realizado en Cataluña por Schröder et al. (1996), recoge los factores estresantes que genera estar día a día con la muerte. En relación a Enfermería, las causas de estrés de su trabajo con enfermos terminales se deben en primer lugar, a los problemas derivados de la comunicación con los otros miembros del equipo. En segundo lugar, a la escasez de formación continuada y finalmente, a la falta de recursos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, uno de los elementos más útiles, es sentirse parte de un equipo “experto” que sabe lo que

está haciendo y que apoya a sus miembros. Otro aspecto a destacar, es la relación entre los miembros del equipo, es decir el soporte interno, la posibilidad de realizar la catarsis emocional y sentirse apoyado por el equipo.

Con lo reseñado anteriormente, es evidente tener presente la demanda de soporte emocional que se hace de forma explícita en el personal que atiende al enfermo al final de su vida. Una vez más, se destaca el hecho de que estar trabajando con la muerte día a día va a generar probablemente, en el personal sanitario, una necesidad de canalizar sus ansiedades y miedos relacionados con la muerte. Si esta canalización no se lleva a término de forma adecuada, es probable que la negación y el distanciamiento sean los mecanismos principales de adaptación, que utilizará el personal asistencial para poder soportar el estrés del proceso de morir. En este sentido, la distancia o la negación no serán la mejor forma de acompañar a una persona y a su familia al final de su vida en un periodo en donde el dolor emocional que produce la pérdida, necesita más que nunca poder ser contenido.

Por ello, el hecho de tener un personal de enfermería capaz de acompañar emocionalmente al enfermo moribundo es la mejor forma de ayudar al enfermo y su familia. Para ello, será imprescindible que el personal sanitario, y más concretamente, el colectivo de Enfermería por su gran implicación emocional, esté preparado emocionalmente para los cuidados paliativos.

Como señala Cullen (1998), el afrontar miedos, vulnerabilidades y otras respuestas emocionales es un reto que se suma a los demás retos planteados

en el cuidado de enfermos terminales. Reconocer y comprender nuestros miedos, así como recibir soporte emocional y mantener la implicación emocional sin caer en la identificación o en la indiferencia, son algunas de las medidas profilácticas que pueden ayudar a superar el estrés y el miedo que genera el trabajar con enfermos al final de su vida de forma diaria.

#### **2.2.5.6. Enfermería y docencia en cuidados paliativos**

Como señala Neimeyer (1997), la importancia que se le da a la juventud, al éxito social, la salud, el individualismo, la preocupación por el cuerpo..., no ayudan a que en la actualidad, el fenómeno de la muerte tenga una buena acogida en nuestra sociedad. Como consecuencia, la muerte es un tema tabú y rara vez se la trata como un acontecimiento natural. Debido a esta negación social de la muerte, es probable que muchos sujetos no tengan suficientes oportunidades para examinar sus sentimientos sobre la muerte de manera que puedan adaptarse a una situación de pérdida. Por otro lado, autores como Kübler-Ross (1969), y Kirchberg y Neimeyer (1991), creen que la atención que ofrecen los profesionales de la salud al enfermo al final de la vida, se podría mejorar, redundando dicha mejora, en un mayor confort a los pacientes al final de la vida. A partir de esta realidad, aparecen los primeros programas de educación en los que se ofrece a los participantes la posibilidad de afrontar la muerte de manera más efectiva a nivel personal y profesional.

En la década de los años sesenta, hubo un auge de los programas de educación sobre la muerte de la mano de varios tanatólogos conocidos. De todos ellos podemos destacar a Richard Kalish, Robert Kastenbaum, Elisabeth Kübler-Ross,

Herman Feifel, Earl Grollman y Edwin Shneidman. En función del tiempo de que se disponía, los programas cubrían temas como la perspectiva social de la muerte, el proceso de morir, las actitudes individuales hacia la muerte, los puntos de vista religioso y cultural, el duelo, la eutanasia, la ética médica y la vivencia de los niños de la muerte. Neimeyer, (1997).

La necesidad de la educación sobre la muerte vendría dada porque en la actualidad y en nuestro país, existe un panorama diferente al que existía hace unos años en relación a la atención al enfermo terminal. Los factores que han generado cambios en relación al proceso de morir se pueden resumir en los siguientes apartados:

1. Cambios sociales que hacen que los enfermos al final de su vida sean mayoritariamente cuidados en ámbitos hospitalarios y no en sus propias casas.
2. Aumento y mejora de la tecnología sanitaria y recursos farmacéuticos que llevan a un alargamiento de la longevidad e incremento de la población en edad avanzada.
3. Cambios en los hábitos de vida y elevación de la tasa de prevalencia e incidencia de enfermedades funcionales y crónicas.
4. Aumento de enfermos al final de la vida en los servicios hospitalarios. Este aumento incide directamente en el personal de Enfermería que tiene que cuidar a un tipo de enfermos que presentan características que probablemente perciben como amenazantes o difíciles. Ulla et. al. (2001).

Aunque parece evidente que la educación sobre la muerte en profesionales de Enfermería ayudaría a manejar las emociones que genera el trabajar día a día con la muerte, lo cierto es que todavía hoy, la formación en la atención al enfermo terminal, en las escuelas de Enfermería de España está tomando rumbos diferentes. Para Soler (1998), está en función del interés personal, de la experiencia clínica y de la formación y motivación tanto del personal de Enfermería que está en contacto diario con el enfermo al final de la vida, como del profesor universitario interesado en ofrecer a los futuros profesionales de Enfermería una preparación en la atención al enfermo moribundo. Es decir, no existe una formación homogénea, ni en la duración, ni en los contenidos. La formación por lo tanto, está impregnada de motivación personal. A nuestro entender, creemos que sería necesario que se unificasen criterios de formación, mediante los cuales se pudiera ofrecer desde la Universidad, una formación que garantizase al futuro profesional una preparación que le ayudara a manejar, entre otros aspectos, las emociones que generan los cuidados en el proceso de morir.

En relación a la utilidad o efectividad de los cursos sobre el proceso de morir y la muerte, nos encontramos como señala Neimeyer (1997), que los resultados sobre las consecuencias de la educación sobre la muerte no son consistentes. En otras palabras, que una cosa es la necesidad de formación y la otra es cómo se imparte esta formación. Así pues, los resultados dependerán de diversos factores, entre ellos, de la duración del curso, de los contenidos expuestos, de las características de los participantes y de los profesores y sobre todo, si el programa es didáctico o experiencial. Sobre este último punto, para Tomás-Sábado (2001), esta inconsistencia tiene que ver sobre todo, en la metodología

utilizada, en función de que ésta sea de naturaleza fundamentalmente didáctica o experiencial.

Los programas didácticos se fijan en la información sobre aspectos relacionados con la muerte, intentando reforzar los aspectos cognitivos de los participantes, mediante lecturas, conferencias y discusiones en grupos grandes. En contra, la metodología experiencial se centra en animar a los participantes a que examinen y compartan sus sentimientos y preocupaciones personales mediante el uso de técnicas tales como el juego de roles, las fantasías dirigidas, simulaciones, escritos sobre la vivencia de las pérdidas en su vida y comentarios sobre la experiencia profesional y personal sobre la muerte. Concretando un poco más, la metodología didáctica hace más hincapié en reforzar el aspecto cognitivo de la muerte, mientras que el método experiencial se centra más en la vivencia de la muerte.

Aunque la educación sobre la muerte y el proceso de morir pueden ayudar a tener una actitud más cercana al enfermo al final de la vida, lo cierto es que en el cambio de actitudes intervienen varios aspectos que se tendrán que tener en cuenta a la hora de formar futuros profesionales enfermeros.

#### **2.2.5.7. Procesos emocionales ante la muerte y el morir**

El componente afectivo es el más complejo y difícil de cambiar. Es probable, que todas las personas que trabajan en un contexto de pérdida y muerte tengan un importante bagaje de experiencias personales sobre pérdidas, sentimientos de rechazo, miedos de separación, necesidad de aceptación y reconocimiento,

dudas, ansiedades, valores..., en definitiva, una carga emocional que condicionará y modulará tanto a nivel personal como profesional la atención al enfermo y familia. Así pues, si se pudiera incidir en el aspecto emocional de los cuidadores, quizás, sería posible no sólo ayudar al personal asistencial, sino también al enfermo, puesto que de forma indirecta, la mejor preparación emocional del profesional repercutiría en una mejor y más serena atención a la persona al final de su vida.

Fernández-Dols (1995), define el término emoción, como una forma de afecto compleja que implica reacciones viscerales y cognitivas, que suele ser provocada por situaciones con unas características definidas, que conlleva ciertos cursos de acción característicos y que puede ser identificada, cuando se experimenta, mediante un lenguaje cotidiano como por ejemplo, mediante tristeza, rabia, pena, alegría, ansiedad.

Por otro lado, la ira, la alegría, el miedo o la ansiedad, son emociones naturales que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas y juegan un papel importante en el bienestar/malestar psicológico de los individuos. En este sentido, la experiencia emocional, es decir, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se puede clasificar en tres dimensiones fundamentales: puede provocar placer-desagrado, puede ser más o menos intensa y el grado de control que se puede tener sobre la experiencia emocional, es también variable. Cano y Miguel, (2001).

En esta línea y como señala Limonero (1996), el campo de las emociones es amplio y variado debido a la existencia de un gran número de orientaciones teóricas y metodológicas por el hecho de que los fenómenos emocionales son complejos y pueden ser abordados desde un nivel fisiológico, cognitivo y conductual. No obstante, existen dos grandes perspectivas teóricas que engloban la mayoría de las investigaciones realizadas: el enfoque orgánico que postula que los acontecimientos fisiológicos son los precursores de las emociones, y el enfoque mentalista, que considera que las reacciones fisiológicas son una consecuencia de los eventos psíquicos.

Centrándonos en la relación emoción-salud, las emociones negativas pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a la enfermedad, favorecer el inicio o el empeoramiento de una enfermedad ya instaurada, e incidir en los hábitos de salud. En contra, las emociones positivas, pueden favorecer las recuperaciones quirúrgicas y la supervivencia de las personas ya que pueden actuar como adyuvantes del tratamiento farmacológico. Limonero, (2003).

En relación con el tema de la muerte, una de las emociones más importantes y habituales que se da en proceso de morir es la del miedo. Cuando se profundiza en los miedos que puede manifestar una persona al final de su vida, se llega a la conclusión de que existen múltiples miedos subjetivos, relacionados tanto con la sintomatología física como con los tratamientos que recibe, la pérdida de sus funciones psicológicas, el miedo al más allá, a lo que le pasará a su familia cuando él muera, son entre otros, los temores o miedos que se pueden manifestar en el proceso de morir. Bayés y Limonero, (1999).

Pero si el miedo es una de las emociones principales que se da en la persona que se va a morir, también es, junto a la ansiedad, la emoción más frecuente que experimentan los sujetos que trabajan o que desean trabajar en un futuro cercano, con enfermos terminales o moribundos. En un estudio llevado a cabo por Colell, Limonero y Otero (2003), se llega a la conclusión de que los estudiantes de Enfermería si pudieran escoger preferirían trabajar con enfermos pediátricos en lugar de hacerlo con enfermos terminales de SIDA o de cáncer. Es decir, genera menos miedo y menos ansiedad trabajar con la vida, con el recién nacido, que trabajar día a día con la muerte. Esta realidad, nos lleva a pensar que el personal asistencial debería de poder utilizar mecanismos o recursos psicológicos que le ayudasen de forma adecuada, a modelar o canalizar el miedo y la ansiedad que puede aparecer en el trabajo cotidiano con enfermos al final de su vida.

De los muchos procesos cognitivos emocionales que podrían servir para atenuar las emociones del miedo y de la ansiedad, nos vamos a centrar en la Competencia Percibida, la Autoeficacia y la Inteligencia Emocional, procesos que a nuestro entender, pueden ayudar al profesional de Enfermería a afrontar los momentos críticos del proceso de morir. Es decir, una vez controlado el miedo y la ansiedad, la atención al enfermo terminal se puede convertir en un momento de satisfacción y de emociones positivas al incorporar la sensación de utilidad en la labor diaria. Pensamos que este es un tema importante a desarrollar y trabajar, ya que un profesional con el miedo controlado y asimilado, es sin duda,

una de las mejores condiciones para que un profesional sanitario, pueda ofrecer una buena atención al enfermo moribundo y a su familia.

## **2.2.6. Políticas sociales y los pacientes terminales.**

### **2.2.6.1. Políticas de estado frente a los pacientes terminales.**

Los profesionales de la salud han prometido cumplir con ciertos criterios éticos elevados, que históricamente han definido su servicio público. Los médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud no pueden sencillamente hacer lo que individualmente les parece correcto o los hace sentir bien, sino que deben tener siempre presentes los valores y las normas de trabajo que profesan y reflejarlos en sus conductas clínicas.

Las peculiares características del enfermo terminal precisan una planificación de objetivos terapéuticos de forma individualizada. Las diferencias encontradas en trabajos previos de nuestro grupo, entre los enfermos terminales, en sus estructuras psicológicas, en relación con la enfermedad, edad, patrones culturales, educación, condiciones de vida, confirman la necesidad de una atención personalizada a los pacientes que requieren cuidados paliativos, con un enfoque interdisciplinario, dinámico y sistémico.

### **2.2.6.2. Aspectos éticos sociales de los profesionales de la salud**

Los profesionales de la salud han prometido cumplir con ciertos criterios éticos elevados, que históricamente han definido su servicio público. Los médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud no pueden sencillamente hacer lo

que individualmente les parece correcto o los hace sentir bien, sino que deben tener siempre presentes los valores y las normas de trabajo que profesan y reflejarlos en sus conductas clínicas. Astudillo, (2001)

La sugerencia de políticas que se proporcionan para la asistencia a enfermos terminales, refleja las ricas tradiciones filosóficas y éticas que han hecho de la medicina la admirable profesión que es. Además, necesitan tener un sentido de altruismo que ha sido virtud prominente de médicos y enfermeros. Deben tener un fuerte sentido del importante papel social que desempeñan como profesionales de la salud. La sociedad concede a los profesionales autorizados al derecho a la práctica, a la autonomía bajo la condición de su dedicación al bien de otros, a la paz social, y al respeto por toda vida humana. Hernández, (2002)

La enfermera, sin embargo, cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal; parece ser que las enfermeras tienen más miedo a la muerte que los propios enfermos, y en un estudio realizado en diferentes profesiones, el grupo de enfermeras resultó ser el que menos pensaba en ella y el que más le temía.

Las peculiares características del enfermo terminal precisan una planificación de objetivos terapéuticos de forma individualizada. Las diferencias encontradas en trabajos previos de nuestro grupo, entre los enfermos terminales, en sus estructuras psicológicas, en relación con la enfermedad, edad, patrones culturales, educación, condiciones de vida, confirman la necesidad de una

atención personalizada a los pacientes que requieren cuidados paliativos, con un enfoque interdisciplinario, dinámico y sistémico. Sáez, (2001)

Dichos objetivos, que consistirán más en cuidar que en curar, deben de respetar los deseos del paciente y ser evaluados periódicamente. Tanto los enfermos incurables, como los que van a morir, precisan terapéutica, esto es, ayuda. La finalidad de cuidar, de acompañar el sufrimiento ha sido olvidada por la medicina. Casi cabría decir “reprimida”, por no coincidir con las expectativas de la praxis instrumental y orientada a fines más propios de la tecnociencia que del oficio de curar. Lolas, (2002). Un adagio del siglo XV ya expresaba: “curar a veces, mejorar a menudo, cuidar siempre”.

### **2.2.6.3. Derechos del paciente terminal**

De acuerdo a Jaramillo, (2001), el Paciente Terminal, tiene varios derechos los cuales se mencionan a continuación:

1. Derecho a mantener hasta el final de sus días la misma dignidad y auto valor a los que ha tenido derecho en vida.
2. Derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico. Según Behar (2003) es deseable informarle al paciente la verdad sobre su enfermedad, ya que la mentira es una traición que atenta contra la dignidad de la persona, genera recelo y desconfianza y evita una actitud realista y madura además resta dignidad al enfermo. Si se sabe la verdad sobre el diagnóstico será mas fácil trabajar con el paciente terminal para que este tenga una mayor aceptación y su ansiedad sea controlada.

3. Derecho a participar en las decisiones referentes a su cuidado y a aceptar o rehusar drogas, tratamientos o procedimientos.
4. Derecho a expresar sus deseos en lo referente a las circunstancias que rodearán su muerte, y a que estos sean respetados por familiares y médicos.
5. Derecho a elegir entre las opciones disponibles para morir y, conforme a ello, a que ni se le acelere ni se le posponga la muerte, lo cual incluye el derecho a no ser resucitado.
6. Derecho a conservar un sentimiento de esperanza, lo cual no equivale a que se le creen falsas expectativas.
7. Derecho a beneficiarse de las alternativas humanitarias existentes para su cuidado y a evitar la frialdad que con frecuencia acompaña la aplicación de la creciente tecnología en los lugares diseñados para casos agudos o críticos, y el hacinamiento que se da en algunos albergues para enfermos terminales.
8. Derecho a obtener alivio efectivo de su dolor y de sus síntomas, aún si los medicamentos o medidas requeridas para ello le redujeran el tiempo de vida restante.
9. Derecho a que le sean satisfechas integralmente sus necesidades, sin olvidar nunca que detrás de ese enfermo, hasta el último instante, hay un ser humano.
10. Derecho a recibir apoyo psicológico para facilitar su adaptación a la fase terminal de su vida y a la inminencia de su muerte. Este puede provenir de sus familiares, médicos, enfermeras, cuando ello sea necesario y factible.
11. Derecho a elegir que su familia, como parte directamente afectada por su muerte, sea atendida, respetada y cuidada.

12. Derecho a su individualidad y privacidad.
13. Derecho a ser acompañado en el momento de la muerte.
14. Derecho a recibir asistencia espiritual, siempre que lo solicite, y a que le sean respetadas sus creencias religiosas, cualesquiera que sean y sin tratar de cambiarlos.
15. Derecho a ser cuidado por personas sensibles, preparadas y concientes del difícil momento que atraviesa y de su obligación de ayudarlo en lo posible.
16. Derecho a disfrutar hasta el final de una vida con buena calidad, criterio este que debe prevalecer sobre la cantidad de vida.
17. Derecho a morir con dignidad.
18. Según Behar (2003), el paciente terminal también tiene derecho a la atención, al tiempo y a la capacidad de los médicos, sin importar que ya no puedan curarlo; no debe ser discriminado. El hecho de que un paciente se sienta atendido por los médicos, le puede ayudar a mantener una esperanza y a no pensar que todo termina, ya que esto puede generar un duelo anticipatorio en el Paciente Terminal.

#### **2.2.6.4. Necesidades del paciente terminal.**

Es evidente, que los pacientes terminales tienen varias necesidades que no siempre son cubiertas, generalmente por falta de comunicación con el paciente, dichas necesidades son, tanto las físicas como las psicológicas. Existen algunos métodos para llegar a conocerlas, lo cual ayudará al paciente a que tenga mejor calidad de vida al tener satisfechas dichas necesidades.

Según Kübler Ross (1975), el paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si se toma el tiempo para escuchar y averiguar cuales son. Todo enfermo terminal, en su trayectoria hacia la muerte va presentando varias necesidades, entre las que destacan las siguientes:

- a) Necesidad de seguridad: es importante que se haga todo lo posible para que el paciente no se sienta rechazado o abandonado.
- b) Necesidad de estar acompañado por aquellas personas que le son más afines, como sus seres queridos.
- c) Necesidad de información concreta sobre la evolución de su enfermedad, el tiempo disponible, los trámites necesarios, etc.
- d) Necesidad de resolver sus asuntos pendientes: Según Kübler-Ross (1975), lo que más angustia a los enfermos terminales son sus «asuntos pendientes», aquellas relaciones interpersonales no resueltas satisfactoriamente; la reconciliación con un pasado no aceptado que ahora, a las puertas de su muerte, no les deja en paz. La muerte ya no acepta más aplazamientos para afrontar los problemas realmente importantes que, quizás, hace años se esquivan.
- e) Necesidad de ser escuchado, de comunicar sus dudas y miedos ya que conforme va avanzando la enfermedad se van presentando varios temores y es importante ayudarlos mediante asistencia psicológica a superarlos, los temores más frecuentes son los siguientes:
  - 1. Temor a lo desconocido, al curso de la enfermedad
  - 2. Al dolor físico y al sufrimiento
  - 3. A la pérdida de partes del cuerpo y a la invalidez
  - 4. A inspirar compasión

5. A perder el control de sí mismos y la autonomía en la toma de decisiones.
6. A dejar a su familia y amigos, es importante hacerlos sentir que no se les abandonará.
7. A la soledad por el abandono de los demás
8. A la pérdida de identidad propia
9. A morir privados de su dignidad. Jaramillo, (2001).

Todos esos temores hacen que el paciente tenga ciertas necesidades debido a la gran tensión psíquica, de acuerdo a García (2002), existen 4 formas de reducir la tensión que la enfermedad produce, estas son:

**a) Reconocer, aceptar y animar al paciente a expresar sus sentimientos:**

Dado que al paciente terminal se la aparta de su medio habitual y de sus hábitos cotidianos y que su vida depende en gran medida de terceros, se ve privado total o parcialmente de sus puntos de apoyo afectivo. Son frecuentes los sentimientos de desamparo, impotencia, soledad y de despersonalización, así como la alteración de la imagen corporal.

Las formas de expresar y por lo tanto, aliviar la frustración, la rabia, la hostilidad, el temor y la depresión que producen estos sentimientos, se ven muy limitados por el ambiente físico de las unidades de cuidados críticos (hospitales).

El hecho de mantener una atmósfera de diálogo y aceptación anima al paciente a expresar sus sentimientos, y puede constituir una forma de superarlos. El

diálogo sincero y abierto reduce la sensación de despersonalización y la ansiedad y evita el aislamiento y el retraimiento. Si se anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Es conveniente que tanto el personal de salud, como cualquier otro miembro del equipo asistencial, están preparados para aceptar lo que el paciente dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado.

Hay pacientes que por sus condiciones no pueden expresar libremente sus sentimientos, por esta razón son especialmente vulnerables a las tensiones psicológicas. Es necesario que la familia y el personal de salud no caigan en la tendencia natural de comunicarse menos con los que tienen menor capacidad para hablar. Una forma de reducir la sensación de aislamiento es ofrecer un lápiz y un papel al paciente y mantenerlos siempre a su alcance para que este pueda de alguna manera expresar sus temores, sus miedos, etc., ofreciéndole ayuda cada vez que sea necesario. No obstante estos métodos no son adecuados para expresar sentimientos personales o preocupaciones complejas.

**b) Informar, aclarar errores de interpretación en cuanto al estado físico, objetivo del tratamiento y medidas adoptadas:** Dado que la conducta del paciente frente a su enfermedad y al medio que lo rodea está condicionada por la *percepción* del estrés y no por la situación en sí es fundamental que tanto éste como su familia reciban la información adecuada y explicaciones sencillas. En ausencia de estas explicaciones, el ambiente de los hospitales se presenta como

un lugar misterioso y hostil. El sentimiento de vulnerabilidad del paciente se ve exacerbado por el alto grado de complejidad técnica que lo rodea.

Mucho de lo que el paciente sabe sobre su enfermedad depende de lo que el equipo sanitario le enseñe, tanto directa como indirectamente. La enseñanza de paciente en estado crítico requiere objetivos a corto plazo. El dolor, la debilidad, la ansiedad y la confusión transitoria constituyen algunos de los obstáculos que experimentan estos pacientes en su proceso de aprendizaje.

A pesar de estos obstáculos, los pacientes y sus familiares necesitan explicaciones repetidas y sencillas de todos los procesos y del propósito de cada intervención, así como una introducción a los planes de rehabilitación y de mantenimiento de la salud. Es posible que al principio los pacientes no comprendan o no crean aquello que se les dice, o que la ansiedad y la negación les impida recordarlo.

Es probable que haya que repetir y reinterpretar el diagnóstico, el pronóstico, los objetivos del tratamiento, los procedimientos y las expectativas del paciente y su familia continuamente durante toda la estancia dentro del hospital.

El paciente y su familia podrán percibir la situación con mayor claridad y hacer planes realistas si se les mantiene informados y al día en cuanto a la evolución del paciente y las modificaciones de los planes asistenciales, además, motiva la cooperación porque los convierte en miembros del equipo que cuida al enfermo terminal.

**c) Estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la asistencia y la toma de decisiones:** Cuando el paciente y su familia conocen bien el objetivo del tratamiento y comprenden el diagnóstico del paciente, su estado actual y el pronóstico, se les puede hacer participar en muchos aspectos de la planificación asistencial y son capaces de tomar decisiones coherentes con el tratamiento.

La participación de individuos en los que el paciente tiene gran confianza, supone un alivio de su sentimiento de impotencia, frustración y ansiedad. Además, cuando estas personas de gran importancia afectiva, ya sean familiares o amigos, comprenden y colaboran con los objetivos del tratamiento y participan en el cuidado del paciente, están mejor capacitados para continuar y ampliar esta conducta cuando el paciente abandona las unidades de cuidados críticos y el hospital, si es que esto llega a suceder. Aun cuando el paciente esté en coma, las visitas de personas claves desde el punto de vista afectivo, que le hablen y toque, puede tener efectos positivos, aunque difíciles de objetivar y ayudar a disminuir la sensación de desamparo de los familiares. Los pacientes con el sensorio intacto pueden participar directamente en el establecimiento de objetivos terapéuticos y en la planificación asistencial. Es importante de que al paciente se le trate como un individuo capaz de tomar ciertas decisiones, ya que esto mejorará la autoestima.

**d) Favorecer y conservar un entorno sensorial controlado:** El ambiente en los hospitales es un factor creador de grandes tensiones, con el que tanto el

paciente como la familia deben enfrentarse. Hay que añadir que los pacientes que reciben narcóticos y sedantes, los extremadamente ansiosos, los que sufren varias afecciones debilitantes concurrentes, los que padecen trastornos respiratorios y metabólicos, los que sufren de insomnio y los ancianos, suelen exhibir alteraciones del pensamiento y distorsión de la percepción. Estos individuos necesitan que se les conecte con la realidad en forma continua. Aunque algunos factores ambientales no se pueden modificar, hay acciones que el personal médico puede llevar a cabo con el fin de crear un ambiente sensorial adecuado.

En conclusión, los enfermos terminales experimentan muchos temores cuando se acerca el momento de su muerte, por eso, es importante el estar en relación activa con una o varias personas que los escuchen, que reciban sus confidencias, que compartan con ellos, para que de esta manera tengan alivio psicológico.

#### **2.2.6.5. Papel del psicólogo en los pacientes terminales.**

En situación terminal, el paciente debido a la duración habitualmente larga de su enfermedad, tiene una gran consciencia de la gravedad de la misma, pues se incrementa el número de complicaciones, los tratamientos se prolongan y se reajustan con gran frecuencia, se aumentan las dosis de medicación, etc. Además, el paciente percibe un cambio general de sus condiciones físicas y una notable alteración de los hábitos cotidianos (dieta, evacuación, actividad, sueño, etc.), asociándose en muchas ocasiones los trastornos del sueño con el miedo a una muerte próxima. Smith, (1985).

Desde la óptica psicológica, algunos aspectos que complican el cuadro, se refieren a la privación estimular que afecta al enfermo. La hospitalización en muchos casos y la escasa posibilidad de movimiento en otros, implican una gran disminución de la interacción social, facilitando por tanto una mayor propensión a estados depresivos. Junto a ello, es importante también considerar los sentimientos de inutilidad e incapacidad que se producen en estas personas, en muchas ocasiones involuntariamente fomentados por los comportamientos verbales y no verbales de los familiares o personas relevantes encargadas de su cuidado. El exceso de celo puede producir, además del mencionado aumento de la sensación de inutilidad, sentimientos de incomunicación ocasionados por el *feedback* negativo que se ha dado en llamar "conspiración del silencio". A saber, el paciente no comunica sus preocupaciones por no molestar o ser malinterpretado y las personas que le cuidan tampoco permiten que las quejas se manifiesten, en el intento de restar importancia a la gravedad de la situación -queriendo dar la impresión de que "no ocurre nada"- o bien, con el fin no siempre consciente de huir de los propios miedos, legítimos, pero en ningún caso beneficiosos para el paciente, a afrontar la realidad aversiva de la muerte.

Por otra parte, la sensación -real- de cierto grado de incertidumbre, en muchas ocasiones compartida por el equipo terapéutico, debido al gran desconocimiento existente aún en el tema, pueden acentuar los sentimientos de dependencia excesiva y la percepción de falta de control presente en gran medida en estos pacientes. Barreto y Pascual, (1990).

Cabe añadir, que se observan cuadros psicopatológicos observados con cierta frecuencia en estos individuos (angustia, depresión, crisis de llanto, estados confusionales, etc.), en muchos casos con un componente funcional importante y en la mayoría de ellos con una base orgánica indudable (metástasis cerebrales, alteraciones metabólicas, efectos secundarios de la medicación, etc.) parece fuera de toda duda la necesidad de una acción psicológica eficaz, dirigida, como ya se apuntó antes, a todos los elementos implicados en situación terminal (paciente, familia o personas relevantes y profesionales de la salud).

En este contexto, queda claro que el objetivo que ha de plantearse el equipo terapéutico en estos pacientes no es la curación o remisión de la enfermedad, puesto que ello es imposible, sino más bien conseguir para el enfermo el máximo confort. Gómez-Batiste y Roca, (1990).

Para conseguir el mencionado objetivo, es preciso un cambio radical en la actitud asistencial (Sanz, 1986) lo cual no constituye en absoluto una tarea fácil. Téngase en cuenta que el número de horas dedicadas a la formación del médico como cuidador del enfermo terminal es mínimo. Cox, (1987) indicó que la motivación del personal sanitario es mayor cuando se espera la consecución de lo que se entiende como éxito científico-social –curar- que cuando se intenta aliviar un mal -paliar la angustia de lo inevitable-. De hecho Sanz y Bild (1985), ponen de manifiesto la diferencia entre la atmósfera activa y entusiasta que rodea al enfermo con posibilidades de curación, frente a la atmósfera pasiva que rodea al enfermo no curable.

Convenimos con Sanz (1986) en la importancia de conseguir un cambio de actitud en el personal sanitario. Los profesionales de la salud hemos de concienciarnos de que el confort es un objetivo legítimo, y que preservar la dignidad humana es un fin tan valioso como por ejemplo la reducción del tamaño de una metástasis, aunque ambos no están en absoluto reñidos. Nos parece adecuada la apreciación de Cox (1987) de que la solución al problema del manejo inadecuado del enfermo terminal no es necesariamente compleja o cara. De hecho, plantea el autor, que se trata más bien de una cuestión de *humanidad básica*. Y decimos que ello es así, porque el científico y/o clínico cuya preocupación fundamental sea el bienestar del paciente, procurará hacerse con los mejores medios técnicos posibles y empleará todos los recursos humanamente disponibles para lograrlo.

En el acercamiento al enfermo terminal, los tres objetivos fundamentales (Cox, 1987) son la preservación de la dignidad del paciente, el apoyo emocional y el control de los síntomas.

La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo han de regir las decisiones terapéuticas, principio inamovible que implica elaborar con el enfermo los objetivos terapéuticos (Gómez-Batiste y Roca, 1989).

El apoyo emocional se considera un aspecto básico, tanto por la aversividad de la situación ya descrita, como por la acertada apreciación de Jones *et al.* (1989) haciendo notar que si el afecto negativo del paciente es elevado, la expresión de emociones puede presentarse como el problema fundamental, lo que repercute

en una mayor dificultad para que el cuidador detecte las necesidades reales del paciente, pudiéndose producir sensaciones de desamparo tanto en el paciente como en el cuidador.

Por lo que se refiere al control de síntomas, con el dolor en primera línea de preocupación, nadie pone en duda que sea imprescindible y uno de los objetivos esenciales en el abordaje asistencial. Holland, (1982); Gómez-Batiste y Roca, (1989); Sanz, (1988); Barreto *et al.*, (1990). Además de los síntomas "físicos" y los síndromes psicopatológicos a menudo presentes (*delirium*, angustia, hipersomnía, agitación, etc.), la problemática interpersonal fundamental se refiere a pérdida de control y dominio, negación, tristeza, sensación de fracaso, aislamiento y soledad.

Rothenberg, (1960). No obstante, hay que tener siempre presente que los síntomas exhiben una gran variabilidad en el tiempo y que las diferencias individuales juegan un rol esencial en el grado de preocupación que producen.

Es importante que el abordaje de la situación terminal se realice de un modo global, es decir, contar con los sistemas de apoyo adicionales e imprescindibles que representan la atención a la familia y el apoyo al personal sanitario.

Con respecto a la familia, dos objetivos se nos plantean como fundamentales. Estos son, el soporte emocional para el afrontamiento, tanto de la situación actual como de la pérdida inminente (preparación para el duelo). Baeza, (1988)

y el soporte informativo respecto a los recursos que pueden utilizar para ayudar del modo más adecuado al paciente.

Por lo que se refiere al personal sanitario, convendría tener en cuenta, por un lado, su necesidad de soporte en cuanto al manejo de las propias emociones ante la situación terminal y la importancia de la comunicación entre los distintos miembros del equipo terapéutico de cara a una mayor eficacia profesional. Así mismo, resulta evidente la necesidad de formación de dicho personal en la detección de las necesidades reales del enfermo.

En otro orden de cosas, la asistencia ha de llevarse a cabo de forma interdisciplinar (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales y en caso necesario, asesores espirituales), en la que cada profesional tiene su rol específico y proporciona sus conocimientos en pro del objetivo terapéutico común.

El papel de los psicólogos podríamos sintetizar en tres puntos:

- 1) Fomento de recursos del paciente y cuidadores (haciendo especial énfasis en las habilidades de comunicación).
- 2) Detección de necesidades psicológicas específicas del enfermo, equipo terapéutico y familia o personas relevantes.
- 3) Provisión de apoyo emocional a los diferentes elementos de la situación terapéutica.

En nuestra opinión, el psicólogo debe tener, un papel de primer orden. En efecto, el objetivo fundamental que persiguen todas las intervenciones terapéuticas que lleva a cabo el equipo interdisciplinar que actúa dentro de un enfoque paliativo, es único: conseguir para el enfermo terminal, el máximo *bienestar* posible. Gómez-Batiste y Roca, (1989); Sanz, (1986) a lo largo de todo el proceso que le conduce a la muerte. Y este objetivo es, sin duda, de naturaleza esencialmente psicológica.

Una razón suplementaria para tratar de efectuar todas estas evaluaciones es evitar que la desmoralización (burn-out) se apodere del equipo cuidador, posibilidad apuntada, entre otros, por García-Conde y Pascual (1989). Es preciso que los profesionales y paraprofesionales que participan en una estrategia paliativa tengan siempre presente que en este tipo de enfoque el criterio de éxito terapéutico no es evitar la muerte o curar al enfermo sino conseguir, dentro de cada caso y circunstancia particular, el máximo bienestar posible para el enfermo y el cuidador primario. Los datos proporcionados por un buen Instrumento de evaluación permitirían conocer, en cada momento, en qué medida los esfuerzos que llevan a cabo los miembros del equipo son decisivos para alcanzar los objetivos perseguidos. Dentro de un enfoque paliativo la muerte no es un fracaso. El fracaso es que las personas mueran sufriendo -nos referimos, claro está, al dolor total al que antes hemos aludido- existiendo, en muchos casos, la posibilidad de evitarlo.

Una dimensión, asimismo importante -destacada por Ibáñez y Andreu (1988)- que debe poseer nuestro instrumento de evaluación es la *temporalidad*. Un

enfermo en situación terminal *no es un paciente crónico* sino un enfermo que experimenta grandes cambios en un corto espacio de tiempo a los que hay que hacer frente con intervenciones rápidas, dinámicas y flexibles.

### **2.2.7. Conocimiento sobre el estado de ánimo de pacientes con enfermedades terminales**

La preocupación por una atención más compasiva e integral del equipo médico y del personal de enfermería al enfermo en estadio terminal ha surgido a medida que se producen importantes avances en el conocimiento y el tratamiento de los tumores malignos. Basados en el estudio del tema, observamos que no sucede así con la atención integral de enfermería al paciente terminal, de la cual existe muy escasa bibliografía y se recoge de forma aislada. Schnirer, (2003).

El morir humano puede suceder por enfermedad aguda o crónica, accidente, suicidio o asesinato, vejez, en el caso de las enfermedades malignas puede ocurrir por progresión de la misma, o complicación de los tratamientos o procedimientos. Tal es el caso del cáncer que constituye una de las primeras causas de muerte en el mundo. Es por ello que el personal médico de la rama de la oncología se enfrenta a menudo con este problema. Dentro de ellos se encuentran los que lamentablemente están en estadio terminal, los que a pesar de todas las medidas y procedimientos convencionales y extraordinarios no tienen ninguna posibilidad de mejoría, ni curación, es decir, se acercan rápida e irremediablemente a la muerte.

Los médicos y enfermeros comparten el distres, pero necesitan herramientas para no mantenerse vulnerables y adoloridos, con el riesgo de cometer acciones inadecuadas. La información explícita al paciente lo ayuda a dar forma a sus decisiones, a considerar opciones y hacer elecciones más realistas. Coleman, (2003).

Cuando el médico está plenamente consciente de que el enfermo es víctima de una afección fatal, debe integrar en su actuación, no sólo los aspectos biológicos de la enfermedad sino los de índole psicosocial, incluidos sentimientos del paciente y su familia, como también los del personal médico, de enfermería y paramédico. La comunicación con el paciente debe ser un proceso continuo ya que aumenta su bienestar y el de su familia. Los profesionales al atender a los pacientes terminales nos resistimos a considerarlos como seres humanos en quienes todos los recursos de la ciencia y la técnica se han agotado, nos parece que es renunciar a nuestra entidad profesional e igualmente nos puede producir sensación de impotencia. La realidad demuestra cómo la mayoría de los procedimientos terapéuticos resultan innecesarios y responden más a nuestras angustias y deseos de actuación. Acosta, (1997).

El cuidado de los pacientes con enfermedades terminales y el comportamiento y consuelo de estos y sus familiares después de una enfermedad prolongada es una de las situaciones más difíciles en la práctica de enfermería, ya que estos pacientes tienen muchas necesidades emocionales, espirituales y físicas, y hay que según Cicely y Sanders no sus necesidades, sino su valor, no su dependencia, sino su dignidad". Acosta, (1997).

## **Atención de enfermería**

Es importante que el paciente y los familiares sientan que reciben la mejor atención posible. Para ello, el personal de la salud debe entender que el paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el enfermo terminal. Castillo, (2007).

Desde el punto de vista psicológico, cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación.

El cuerpo experimenta dolor mientras el “yo” sufre. El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su autopercepción y produciendo agonía permanente. Castillo, (2007).

Muchas personas encuentran que su religión es de gran apoyo, con frecuencia buscan ese sostén en los representantes de su fe, incluso los incrédulos se encuentran reconfortados en creer en un ser superior. La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

La enfermera debe conocer que el síndrome de enfermedad terminal consta de tres fases:

Fase 1. Prediagnóstico y diagnóstico: intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo. Progreso anatómico y clínico de la enfermedad.

Fase 2. Enfermedad establecida: se caracteriza por el alivio de los síntomas y la instauración de las modalidades de tratamiento.

Fase 3. Deterioro y declinación: cuando no queda nada por hacer, se caracteriza por la aplicación de cuidados paliativos, ya que hay una falla de los mecanismos de homeostasis del organismo.

Las necesidades físicas del moribundo son similares a las de cualquier paciente muy grave, a menos que la muerte sea inminente. Castillo, (2007).

La atención de enfermería relacionada con la falla de los mecanismos de homeostasis del cuerpo va encaminada:

1. Pérdida del tono muscular por la incapacidad del enfermo para controlar la defecación y la micción, se relaja el esfínter rectal y vesical y como resultado hay micción y defecación involuntaria:
  - Colocar sonda permanente aumentando diámetro de la misma paulatinamente.
  - Colocar culeros innovados con tirantes o desechables según preferencia y posibilidades.
  - Cambiar de posición para evitar las úlceras por decúbito según estado del paciente.
  - Perfumarlos y utilizar desodorantes para evitar aires desagradables.
  - El paciente necesitará medidas de apoyo (almohadas) para facilitar cambios de posición y evitar estancamiento de la sangre.

- Colocar colchón antiescara.
  - Curar lesiones que aparezcan.
2. Disminución del peristaltismo: el paciente está anoréxico pero suele desear sorbos frecuentes de agua, es posible que tenga seca la boca por la deshidratación y febrícula que precede a la muerte:
- Mantener buena higiene bucal.
  - Alimentación parenteral según estado, ya que se distiende el abdomen y puede causar náuseas.
  - Tomar sorbos de agua de vez en cuando.
3. Enlentecimiento de la circulación: las extremidades se tornan cianóticas frías y pegajosas:
- Tratar de administrar por vía intravenosa los analgésicos ya que como la circulación disminuye se reduce eficacia de los analgésicos.
  - Aplicar pirámide analgésica, para administrar narcótico, se debe usar frecuente, sin interrupción por vía subcutánea ya que la vida media del medicamento dura más en sangre, en los dolores muy intensos usar narcótico endovenoso.
4. Deterioro respiratorio:
- Aspirar garganta si es necesario, para garantizar vías permeables.
  - Posición de fowler aumenta ventilación pulmonar, promueve drenaje de secreciones bucales y evita la bronco aspiración.
  - Administrar oxígeno según necesidad.
  - Brindar apoyo emocional.
5. Pérdida de los sentidos:
- a) Visión borrosa.

- Habitación iluminada para preferencia del paciente.
- Quitar secreciones con algodón en solución salina.
- Instilar ungüento oftálmico.
- Tapar ojos si es necesario con apósitos oculares, evita úlceras corneales.

b) Audición: es el último sentido que desaparece:

- Aunque el paciente no puede responder, suele comprender lo que hablan las personas. Castillo, (2007).

### **Características, evolución y adaptación del estado anímico**

Cualquier persona, cualquiera de nosotros, cuando reciba una noticia dramática que suponga una amenaza real para su integridad o para su estabilidad, atravesará por una serie de etapas que le ayudarán a ir adaptándose progresivamente a la nueva realidad hasta que un día, quizá, pueda llegar a aceptarla.

Esta noticia no tiene por qué ser el diagnóstico de una enfermedad muy grave. La noticia puede ser la pérdida del trabajo, el abandono de la pareja o cualquier otra que para esa persona suponga, en ese momento, un drama.

Las etapas adaptativas a las que nos referimos fueron estudiadas y desarrolladas por Elisabeth Kübler-Ross y aunque con el tiempo algunos autores han ido introduciendo ciertas modificaciones, en lo esencial permanecen inalterables. Castillo, (2007)

**La conmoción.** Los primeros días el enfermo se encontrará conmocionado. Le sucederá algo muy similar a lo que le pasa a quien recibe un puñetazo en la cara. Obnubilado, será incapaz de razonar, de entender, ni tan siquiera de escuchar las explicaciones y las esperanzas que tratan de infundirle las personas que le rodean.

**La negación.** Incapaz de aceptar su realidad, la negará. Actuará como si no le hubieran dado la noticia; acudirá a otros especialistas en busca de un diagnóstico más favorable; buscará alternativas terapéuticas o soluciones cuasi milagrosas en los lugares más insospechados.

**La ira.** Cuando el empeoramiento que experimenta, los continuos fracasos y la evolución de la enfermedad hagan imposible la negación, se volverá agresivo contra su situación. Desgraciadamente descargará esa agresividad contra quienes más confianza tiene, sus seres queridos, y contra quienes más cerca tiene, los profesionales que le atienden.

**La negociación.** Sellará un pacto. El pacto será su último recurso. Consciente de que a nivel terrenal nadie puede sanarle, pactará una prórroga, con un Dios, un ser superior o una fuerza sobrenatural. Pedirá más tiempo a cambio de una promesa.

**La depresión.** El pacto es su última esperanza. El día que comprenda que también esto le ha fallado, que no hay solución humana ni divina, que su destino está escrito, ese día se deprimirá.

**La aceptación.** El enfermo, cansado de luchar, agotado y vencido por la enfermedad, observa lo que queda de su cuerpo derrotado y se resigna a su final.

**El estado de ánimo.** Respecto a los problemas anímicos, es importante comprender que durante el tiempo que dura su trayecto, estos enfermos pasan por estados de ánimo muy distintos: tendrán días malos, por supuesto, días en los que la pena, la desolación, el miedo, la angustia y la soledad lo tiñan todo de desánimo. Pero también tendrán días y momentos buenos en los que reirán, se ilusionarán, se esperanzarán, disfrutarán de las cosas y de las compañías y tendrán más capacidad para aceptar su realidad, sin vivirla como una amenaza.

**El miedo.** Sí, tendrá miedo. Tendrá miedos. Temerá a todo, a las cosas más insospechadas. Tendrá miedos razonables y otros que no lo son: miedo a la soledad, a la noche, al espejo, al más allá, a que vuelva el dolor, a sufrir, a no ser querido, a no ser aceptado, a su deterioro físico, a su deterioro moral, a los problemas económicos o legales, a los aspectos religiosos, éticos y espirituales, a no ver cumplidas sus necesidades ni sus expectativas ni sus esperanzas. Castillo, (2007).

### **2.3. Definiciones conceptuales**

**Angustia:**

Es un estado afectivo de carácter penoso que se caracteriza por aparecer como reacción ante un peligro desconocido o impresión. Suele estar

acompañado por intenso malestar psicológico y por pequeñas alteraciones en el organismo, tales como elevación del ritmo cardíaco, temblores, sudoración excesiva, sensación de opresión en el pecho o de falta de aire (de hecho, “angustia” se refiere a “angostamiento”)

### **Atención de enfermería en pacientes terminales:**

Se enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con pacientes terminales, con la finalidad de contribuir a la disminución el sufrimiento y mejorar el cuidado de los síntomas de enfermedades terminales.

### **Competencias:**

Es una característica subyacente en una persona, que esta causalmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo

Aunque en el pasado, muchas empresas se centraron en la formación de conocimientos (informática, contabilidad financiera, impuestos, leyes laborales, etc.) el enfoque actual es sobre las competencias conductuales (capacidad de gestión, iniciativa-autonomía, orientación al cliente, comunicación, capacidad de síntesis, etc.)

Debemos tener presente lo que dice Dolan Simon (2003:136) “Aunque en el pasado, muchas empresas se centraron en la formación de conocimientos (informática, contabilidad financiera, impuestos, leyes laborales, etc.) el enfoque actual es sobre las competencias conductuales

(capacidad de gestión, iniciativa-autonomía, orientación al cliente, comunicación, capacidad de síntesis, etc.)

La gestión por competencias es una herramienta que busca favorecer el desarrollo de competencias tendentes a mejorar el desempeño y permitir que el recurso humano se transforme en una aptitud central y de cuyo desarrollo se obtendrá una ventaja competitiva para la empresa.

Siendo el liderazgo uno de los principales objetivos de toda organización, que busca posicionarse con claridad en el mercado al cual pertenece, es lógico que estas empresas se preocupen por el fortalecimiento de las competencias de su personal. Al fin y al cabo, esta será la principal fuente de diferenciación con las empresas rivales del mercado.

Las competencias son capacidades, rasgos, conductas, habilidades, conocimientos, que poseen las personas para realizar sus funciones de determinada forma y obtener ciertos resultados. A mejores habilidades y mayor grado de desarrollo de competencias, mejores niveles de eficiencia y productividad del personal.

Por ello, tendremos competencias genéricas, específicas, interpersonales, de gestión, estratégicas, gerenciales. Este enfoque, nos permite definir el perfil de las competencias que queremos establecer en nuestra organización, las cuales van a ser únicas ya que otras organizaciones tendrán sus propias competencias y objetivos.

Según, Olivos (2000:140-141), "las competencias son capacidades que se manifiestan en una cierta conducta o en una cierta operación (que reúne varias conductas). Pero lo básico es que no se trata de conductas o acciones cualesquiera, buenas o malas, precisas o vagas, superficiales o centradas, sino de conductas que resultan proporcionadas y justas a la tarea o a la resolución del problema. La conducta o conductas (que expresan las capacidades internas) tienen que ser idóneas. Es decir, la conducta no ha de estar por debajo de la tarea o del problema, sino que debe ir a la par del tarea o del problema y por eso los soluciona rectamente. Por ello, la persona que exhibe tal conducta es competente y en caso de no exhibirla es incompetente. Se colige que la competencia brota de la experiencia lograda por la persona y de la destreza mediante ella adquirida, aunada con los conocimientos que posee.

El definir las competencias, permitirá alinear los grandes objetivos organizacionales con el esfuerzo de las personas, que deberán esforzarse en adquirir o fortalecer en el más breve plazo, las competencias requeridas por la organización.

Entre los aspectos más importantes del Programa no deben faltar los siguientes:

- Definir las competencias claves
- Diseñar perfiles de puesto
- Determinar distancia entre lo requerido y el desempeño actual

- Establecer brechas de desempeño
- Iniciar acciones de desarrollo
- Lograr el alineamiento entre los perfiles requeridos y las competencias del personal.

Evidentemente, toda empresa exitosa o que se encuentre en la ruta de buscar el éxito, está permanentemente enfocada en lograr que las personas de la Organización tengan las capacidades, habilidades y actitudes para lograr los resultados esperados por la Empresa.

Hemos afirmado que estas 3 características se resumen en una palabra: Competencias.

El término Competencias, también muy de actualidad, refleja aquellos comportamientos esperados por la Empresa en su personal, que básicamente los distinguen de las personas de otras empresas. A esto le llamamos ventaja competitiva, de acuerdo con el enfoque de Michael Porter y me parece que es el término apropiado para definir a este aspecto clave en las empresas. Solo y únicamente a través de las Competencias de las personas, podremos encontrar la ventaja competitiva o diferenciadora, que permita que nuestro personal efectivamente sea capaz de ser mejor, más hábil, más motivado, más eficiente, más identificado, en fin, que sea capaz efectivamente de lograr las metas propuestas por la Organización, con el valor agregado que aporta con sus competencias desarrolladas.

Porter (1996:54), argumenta que las empresas se diferencian de la competencia precisamente por su ventaja competitiva y que la responsabilidad y el esfuerzo permanente de garantizar la evolución de esta ventaja reside en los recursos humanos de la organización, desarrollándose y desarrollando sus competencias para conservarla. De este modo, las competencias se convierten en un elemento estratégico y los recursos humanos en la clave de la competitividad de la Organización.

Dada esta importancia, las empresas actualmente están abocadas a trabajar en la búsqueda de las mejores estrategias para incrementar este Capital Humano al que aludíamos líneas arriba y que se logrará básicamente con conocimientos y el desarrollo de las competencias que la empresa necesite para sí. No olvidemos que las competencias no son genéricas sino son características muy particulares para cada tipo de empresa y por lo tanto deberá trabajar muy fuerte para posicionarlas con mucha claridad en el personal y lograr que éste las interiorice y las desarrolle. Evidentemente, el primer paso y el más importante es definir qué tipo de competencias requiere la Organización para lograr el éxito competitivo en el mercado y segmento en el que se encuentra. Una vez definidas, la Empresa deberá proceder a lograr que el personal trabaje con ellas, tal como lo hemos mencionado.

Según Pfeffer (1997), "...Lograr el éxito competitivo a través de las personas, incluye modificar fundamentalmente la forma de pensar en

cuanto a los empleados y la relación con ellos. Significa lograr el éxito trabajando con las personas, no reemplazándolas o limitando el alcance de sus actividades. Hace que se contemple a la fuerza laboral como una fuente de ventaja estratégica, no tan solo como un costo a minimizar o evitar. Las empresas que aceptan esta perspectiva diferente, con frecuencia están en posibilidad de superar con éxito las estrategias y el desempeño de sus rivales...”

Podemos apreciar que todo este proceso de alinear las competencias de las personas con los logros y metas de la Organización, constituye el meollo de la gestión de personas en la Empresa. Algo que se dice en pocas palabras pero que significa uno de los retos más desafiantes de los tiempos actuales. Considero que es uno de los imperativos estratégicos de las empresas y que aquellas que no lo afronten y resuelvan positivamente tendrán serios problemas de posicionamiento en el futuro.

Por ello, no solo se trata de simplemente elaborar un adecuado programa de capacitación y entrenamiento, no tampoco de un exitoso programa de implementación de competencias en la empresa, considero que es mucho más que eso, es un proceso integrador, una estrategia global a nivel de la toda la empresa, que busca transformar a las personas, convertirlas en socios estratégicos, en ser responsable cada uno desde la función que desarrollan de los resultados tangibles y concretos de la Organización, en sentirse protagonistas del éxito del negocio o de los problemas que éste afronta, en fin, que las personas sientan que su presencia en la empresa

significa mucho más que el mero cumplimiento de una función, sino el aporte necesario y la contribución insustituible a los objetivos de la Organización.

Las organizaciones deben procurar el mejor ambiente para que las personas puedan contribuir en la mejor medida a los resultados del negocio, y ser parte importante de la estrategia de la Empresa.

Pfeffer (1997:205) considera que “Las estrategias competitivas que insisten en costos y salarios bajos, producen altos niveles de conflictos entre el trabajo y la administración, incrementan la desconfianza e inhiben la innovación y la mejora de la calidad. El resultado de esta lección es: las estrategias competitivas que insisten en el valor agregado (por ej., la mayor calidad y/o la innovación de productos, requieren de altos niveles de motivación, compromiso y confianza en las relaciones con las personas”.

Actualmente, las organizaciones enfrentan cambios constantes del entorno a los cuales tienen que adaptarse para sobrevivir. Asimismo, con la globalización de los mercados y el desarrollo de la tecnología y las comunicaciones, las organizaciones tienen que identificar y desarrollar ventajas competitivas y brindar servicios y/o productos de alta calidad.

En esta etapa de cambios, las empresas buscan elevar sus índices de productividad, lograr mayor eficiencia y brindar un servicio de calidad, lo

que está obligando a que los gerentes adopten modelos de administración participativa, tomando como base central al elemento humano, desarrollando el trabajo en equipo, para alcanzar la competitividad y responder de manera idónea a la creciente demanda de productos de óptima calidad y de servicios a todo nivel, cada vez más eficiente, rápido y de mejor calidad.

En este contexto, se desarrolla una creciente importancia entre los gestores y las organizaciones por elevar sus estándares de calidad, ser competitivas y mantenerse en el mercado.

Una organización se considera competitiva si tiene éxito mantenido a través de la satisfacción del cliente, basándose en la participación activa de todos los miembros de la organización para la mejora sostenida de productos, servicios, procesos y cultura en las cuales trabajan; para lo cual fomenta determinadas competencias y filosofía, mirando a su alrededor y adaptando las prácticas líderes del entorno, así como mirando al interior, tomando en cuenta sugerencias de empleados, innovando y fomentando la participación proactiva y el liderazgo eficaz.

Uno de los retos más importantes de la organización competitiva, es el fomento y desarrollo de competencias, entendidas como el grupo de conductas que abarcan el conocimiento, habilidades, aptitudes, actitudes, motivos y características de personalidad que influyen directamente en el

rendimiento de un empleado, logrando un desempeño sobresaliente o efectivo.

Estos elementos reposan en la adopción de una política y valores acordes con ellos, que permitan su instauración en la cultura organizacional y su mantenimiento; siempre con el carácter flexible y de adaptabilidad que los caracteriza.

No olvidemos que para mantener y elevar la competitividad, la organización debe fomentar las habilidades y procesos anteriormente mencionados cotidianamente a través de políticas, procedimientos, normas, procesos, programas de capacitación y desarrollo, así como la dinámica e interacción de sus miembros.

Para Garcia-Tenorio (2004), “La gestión por competencias es una herramienta que busca favorecer el desarrollo de competencias, tendentes a mejorar el desempeño y permitir que el recursos humano se transforme en una aptitud central y de cuyo desarrollo, se obtendrá una ventaja competitiva para la empresa”

### **Competencia cognitiva**

Es la capacidad para identificar los conocimientos que tienen que saber los alumnos de una asignatura determinada, según el grado que cursan. La competencia cognitiva es la capacidad de ampliar conocimientos; adquirir responsabilidades y actuar en consecuencia. Es fundamental para adquirir y dominar conocimientos que los alumnos requieren para su

vida presente y futura; pero para ello, los docentes, primero, tenemos que reconocer las deficiencias y después ponernos a estudiar lo que no sabemos hasta lograr su dominio. Este es el mismo camino que sigue todo filósofo, científico, intelectual, investigador y artista, para producir conocimientos y es el mismo camino que hemos de andar los maestros si queremos adquirir conocimientos para poder enseñar efectivamente a nuestros alumnos y lograr la calidad de la educación.

### **Competencia procedimental**

Posada (2004:1), afirma que el concepto más generalizado de competencia procedimental es el que refiere al "saber hacer en un contexto", definiendo el saber hacer, no solo en el sentido de su instrumentalidad, sino como aquel desempeño integrado por conocimientos (teórico, práctico o ambos), afectividad, compromiso, cooperación y cumplimiento e integra conocimientos, potencialidades, habilidades, destrezas, prácticas y acciones de diversa índole personales, colectivas, afectivas, sociales, culturales, en los diferentes escenarios de aprendizaje y desempeño académico. Todos estos aspectos nos conducen a percibir nuevas formas de interacción social, educativa, informática y comunicacional, donde se suman nuevos desempeños docentes en el contexto de aprendizaje.

### **Competencia actitudinal**

La competencia actitudinal es un conjunto de elementos que se relacionan entre sí, estos elementos son denominados creencias, conocimientos, expectativas o hipótesis.

La competencia actitudinal: es la disponibilidad para realizar las actividades, es la apertura e interés para participar en los diferentes espacios del aula virtual y las actividades presenciales; Irigoyen, Jiménez y Acuña (2011), destacan que las actitudes son atributos que hacen referencia “a la disposición de resolver la situación problema con una intención definida” (p. 249).

### **Competencias de las enfermeras:**

Son las habilidades, actitudes y conocimientos asociados a la profesión de las enfermeras.

### **Comunicación:**

Es el acto de transmitir, hacer conocer y en sentido figurado, compartir estar en relación. Comunicar puede entenderse como transmisión de un mensaje como relación con alguien para transmitir una información o también, momento en el que se establece contacto.

### **Conocimientos de las enfermeras:**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

### **Conocimiento de las enfermedades**

Viene a ser el grado de dominio y conocimiento que se tiene sobre las diversas enfermedades, sus síntomas, tipología, etiología, etc.

**Cuidados paliativos:**

Son aquellos que buscan procurar bienestar al enfermo. Es un programa interdisciplinario que procura controlar el dolor, los síntomas y necesidades físicas que presenta el enfermo terminal.

**Desesperación:**

La pérdida total de la esperanza y también a la cólera, despecho o enojo.

**Educación para la salud**

La salud siempre ha sido un tema importante en la educación de adultos. Está incluida en los planes de estudio de muchos programas de educación de personas adultas, así como en los programas de educación general. Los proyectos de educación relacionados con la salud ofrecen cursos de salud en general, de nutrición, estilo de vida sano, así como sobre enfermedades específicas y su tratamiento. El mejorar los conocimientos sobre la salud es un elemento esencial en muchos programas de alfabetización y educación básica. Muchos de estos programas se concentran en la mujer e incluyen nutrición, higiene y planificación familiar. La educación para la salud frecuentemente se combina con otras medidas para mejorar el bienestar y fomentar el desarrollo de la comunidad. Tales programas generalmente incluyen capacitación en alguna actividad lucrativa. Además de las oportunidades de aprendizaje que ofrecen las instituciones formales, las personas adultas también adquieren conocimientos sobre la salud en grupos locales de autoayuda, en grupos comunitarios, en el trabajo y en organizaciones no formales.

La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, en ello se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.

**Emoción:**

Es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

**Enfermo terminal:**

Enfermo que padece un proceso agudo o crónico que le sumerge en una situación crítica y lo conduce a la muerte en un plazo de 3 a 6 meses. Este período se caracteriza por una situación humana muy difícil, con una incapacidad para recuperar la salud y responder a la rehabilitación y terapéutica. La situación concreta de incurable no siempre está dada por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado, y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante

ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica.

### **Estado de ánimo:**

Es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo. Es un estado, una forma de estar o permanecer, que expresa matices afectivos y cuya duración es prolongada, de horas o días. Cuando este tono se mantiene habitualmente o es el que predomina a lo largo del tiempo, hablamos de humor dominante o estado fundamental de ánimo. A diferencia de las emociones, como el miedo o la sorpresa, un estado de ánimo es menos intenso, más duradero (puede durar horas o días), y menos específico (menos dado a ser activados por un determinado estímulo o evento).

### **Evaluación**

La evaluación es una palabra que puede tener distintos significados; parece que significa algo diferentes para cada persona, una de las acepciones más utilizadas se relaciona con “calificar”, sin embargo, la evaluación es algo más que una calificación.

La evaluación es una parte fascinante de la actividad del profesor y contiene muchos conceptos. Evaluar es asignar un valor a algo, juzgar. También, es un concepto que se encuentra relacionado con la mayoría de nuestras actividades y que tiene un carácter de intencionalidad. Mediante la evaluación, podemos valorar en qué grado nos estamos acercando a

los objetivos propuestos y si los medios que se están empleando son los mejores para lograr esos objetivos.

La evaluación tiene como finalidad que las metas propuestas se cumplan con efectividad; se evalúa para identificar aciertos y errores con el propósito de reforzar los primeros y corregir los segundos. Por otro lado, también se define la evaluación como un proceso de conocimiento que debe desembocar en un juicio fundamentado: “Es un ejercicio social que tiende a ampliar el conocimiento y la conciencia de los individuos en este proceso sobre sus acciones”, y debe entenderse en referencia a la institución, el tipo de aprendizaje y la noción de hombre y sociedad que se promueve. Evaluar es parte inherente del proceso de enseñanza aprendizaje, parte del hecho educativo y por lo tanto está relacionado con todo lo que interviene en este proceso: alumnos, profesores, programas, metodología, clima escolar y recursos materiales.

### **Evaluación educativa**

Según Rosales (1988), la evaluación educativa puede ser definida como el conjunto de acciones que tienen como propósito determinar el valor de los logros alcanzados, con respecto a los objetivos planteados, en relación con la enseñanza. De acuerdo al momento en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la evaluación puede tener distintas funciones. Así, pueden señalarse tres tipos de evaluación: a) evaluación diagnóstica, b) evaluación formativa y c) evaluación sumativa.

### **Reacción:**

Una acción que se cumple libre y espontáneamente, a veces

condicionada por incitaciones físicas, como es el caso, por ejemplo, de los reflejos, a veces obedeciendo a motivos genéricos comunes a toda la especie, como ocurre, por ejemplo, con los instintos.

### **Reconocimiento del otro como persona:**

Se trata de ser reconocido como existente, de ser acogido como persona, como ser humano total, que no pueda reducirse a una función, ni como un número, ni como objeto, sino como un ser de vida propia, capaz de pensamiento personal, consciente de las propias necesidades y de las propias aspiraciones más que de cualquier otra cosa. Ante nosotros, no tenemos nunca casos, sino personas.

## **2.4. Formulación de hipótesis**

### **2.2.1 Hipótesis general**

La evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

### **2.2.2 Hipótesis específicas**

1.- Las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

2.- Las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

3.- Las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

### **2.2.3. Variables**

#### **Variable independiente**

X: Evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinales

#### **Variable dependiente**

Y: Estado de ánimo del paciente

## CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

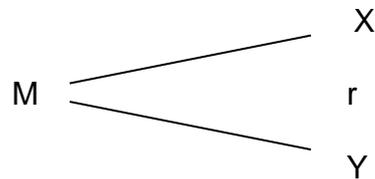
### 3.1 Diseño de la investigación

#### 3.1.1 Diseño

Este estudio es de diseño no experimental, porque, no hay ningún experimento para comprobar la hipótesis. Además, la finalidad de este estudio es la observación de la variable, para determinar la correlación, y no la manipulación de esta, de la misma manera, este estudio tiene la característica de diseño transversal, porque se estudia y describen los datos obtenidos en un solo momento determinado, sin ningún tipo de interrupciones.

El presente estudio es de tipo **correlacional** por cuanto este tipo de estudio implica la recolección de dos conjuntos de datos de una muestra con la intención de determinar la subsecuente relación entre dichos datos. En este estudio, se analiza la relación entre la **variable X, que** corresponde a Competencias de las enfermeras y la **variable Y** que corresponde a estado de ánimo de pacientes.

El diseño de la presente investigación se encuentra en el siguiente cuadro:



**Donde:**

M: representa la muestra de las enfermeras de pacientes terminales.

X: Variable Evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinales de las enfermeras.

Y: Variable Estado de ánimo de pacientes.

r: Relación entre variables de estudio

**3.1.2 Tipo – Nivel**

Este estudio es de nivel Descriptivo Correlacional. Se busca conocer y describir las características de las Competencias de las enfermeras con relación a la situación emocional de los pacientes terminales.

Un estudio descriptivo busca desarrollar una fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir, en este caso, es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar las propiedades importantes de personas, grupos u objetos bajo análisis.

### **3.1.3 Enfoque**

Se utiliza el enfoque cuantitativo, pues las variables Competencias de las enfermeras y el estado de ánimo de los pacientes pueden medirse mediante la aplicación de los cuestionarios sobre cada variable.

El enfoque cuantitativo busca acercar, a través de la recolección, estudio y análisis de grandes cantidades de datos mediante técnicas estadísticas, a las disciplinas sociales hacia las ciencias exactas, todo esto mediante la conversión de fenómenos sociales, capturados en forma de datos, en números. Así, estos números pueden ser sometidos a técnicas estadísticas de determinación de probabilidades y permiten explicar fenómenos sociales y predecir posibles escenarios futuros.

## **3.2 Población y muestra**

### **3.2.1 Población**

La población es un conjunto definido, limitado y accesible del universo que forma el referente para la elección de la muestra. Es el grupo al que se intenta generalizar los resultados. El concepto de población se refiere a la parte del universo de la que se selecciona la muestra y sobre la que deseamos hacer inferencia o

aplicación de las generalizaciones que obtengamos de la investigación.

En este estudio, la población se refiere a las enfermeras que atienden pacientes con enfermedades terminales del Hospital Arzobispo Loayza. Entonces, la población está conformada por 220 enfermeras..

### **3.2.2 Muestra**

La muestra es una parte o subconjunto de una población normalmente seleccionada de tal modo que ponga de manifiesto las propiedades de la población. Su característica más importante es la representatividad, es decir, que sea una parte típica de la población en la o las características que son relevantes para la investigación.

Sierra Bravo hace hincapié en la generalización de resultados, señalando que es una parte representativa de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado.

La muestra es no aleatoria. Para hallar la muestra de estudio, no se recurre al uso de la fórmula estadística, debido a que la

población es un grupo reducido. Entonces, en este estudio tenemos una muestra referida a las enfermeras de los pacientes terminales. Es posible mencionar, que la muestra está constituida por 140 enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

### 3.3 Operacionalización de variables

<b>variables</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Variable X:</b> Evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencias Cognitivas</li> <li>- Competencias Procedimentales</li> <li>- Competencias Actitudinales</li> </ul>
<b>Variable Y:</b> Estado de ánimo del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ánimo de Alegría.</li> <li>- Ánimo de Enojo.</li> <li>- Ánimo de Tristeza.</li> <li>- Ánimo de Molestia.</li> <li>- Ánimo de soledad.</li> </ul>

### 3.4. Técnicas para la recolección de datos

#### 3.4.1 Descripción de los instrumentos

Las técnicas de investigación, que se utilizan son:

- Encuesta.
- Análisis documental.
- Análisis de doctrina nacional y comparada.

- El fichaje.

Los instrumentos que se utilizan son:

- Cuestionario sobre **las Competencias de las enfermeras** dirigido a las enfermeras de la muestra.

Para medir, identificar y conocer las Competencias de las enfermeras. Consta de 15 ítems, sobre cada una de las tres dimensiones y antes de recoger los datos de la muestra se tendrá en cuenta su validez contenido, así como su confiabilidad. Este instrumento está compuesto por tres dimensiones, tales como Competencias Cognitivas (5 ítems); Competencias Procedimentales (5 ítems); y, Competencias Actitudinales (5 ítems).

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 5 para el factor Competencias Cognitivas, los ítems del 6 al 10 para el factor Competencias Procedimentales, y los ítems del 11 al 15 para el factor Competencias Actitudinales. Luego mide su puntuación en cada una de las tablas que se presentan.

#### **Competencias Cognitivas.**

<b>Puntuaciones</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
1 a 5	Bajo	Debe mejorar sus competencias.
6 a 10	Moderado	Adecuada sus competencias.
11 a 15	Alto	Excelente sus competencias.

#### **Competencias Procedimentales.**

<b>Puntuaciones</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
1 a 5	Bajo	Debe mejorar sus competencias.

6 a 10	Moderado	Adecuada sus competencias.
11 a 15	Alto	Excelente sus competencias.

### Competencias Actitudinales.

Puntuaciones	Escala	Indicador
1 a 5	Bajo	Debe mejorar sus competencias.
6 a 10	Moderado	Adecuada sus competencias.
11 a 15	Alto	Excelente sus competencias.

### Competencias de las enfermeras.

Puntuaciones	Escala	Indicador
1 a 15	Bajo	Debe mejorar sus competencias.
16 a 30	Moderado	Adecuada sus competencias.
31 a 45	Alto	Excelente sus competencias.

- Lista de cotejo sobre **el estado de ánimo de los pacientes** dirigido a las enfermeras de la muestra.

Para medir, identificar y conocer El Estado de ánimo de los pacientes. Consta de 10 ítems, sobre cada una de los estados de ánimo de los pacientes terminales y antes de recoger los datos de la muestra se tendrá en cuenta su validez contenido, así como su confiabilidad. Este instrumento está compuesto por 10 ítems.

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 10. Luego mire su puntuación en la tabla que se presenta.

### **Estado de ánimo del paciente terminal.**

<b>Puntuaciones</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
1 a 7	Bajo	Debe mejorar su Estado de ánimo.
8 a 14	Moderado	Adecuado Estado de ánimo.
15 a 20	Alto	Excelente Estado de ánimo.

- Libros nacionales y extranjeros.
- Revistas nacionales y extranjeros.
- Fichas.

#### **3.4.2 Validez y confiabilidad de los instrumentos.**

El instrumento que se utilizó en la investigación es el cuestionario que fue consultado a profesionales especializados y de reconocida trayectoria, a manera de juicio de expertos.

#### **3.5 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos.**

Se usaron de las medidas estadísticas de resumen, tanto de centralidad como la media, así como de dispersión como la desviación estándar y varianza, con la finalidad de analizar los niveles del rol de la enfermera y el estado ánimo de los pacientes. Asimismo, se utilizarán la prueba de Correlación de Pearson para establecer la correlación entre las dos variables de estudio.

Para encontrar los valores estadísticos requeridos, se hizo uso del software Excel y SPSS, versión 21.

### **3.6 Aspectos éticos**

En el desarrollo de este estudio, se consideran los siguientes aspectos éticos:

- Para el desarrollo de la presente investigación, se elabora el proyecto que será presentado al comité de grados y títulos de la Universidad.
- La participación de los pacientes con enfermedades terminales en el presente estudio de investigación es voluntaria.
- Previo a la aplicación de la encuesta se explica a los participantes en forma clara el motivo del estudio en proceso.
- La selección de los informantes en el estudio es aleatorio y no basado en otro criterio.
- No se proporciona ninguna referencia que pueda identificar a los participantes.
- La información recolectada es utilizada solo para fines de investigación.
- Se respeta las informaciones vertidas por los participantes en todas las fases del estudio.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1. Descripción de los resultados

En este estudio, se realiza la etapa de codificación, organización y tabulación de los datos obtenidos sobre las Competencias de las Enfermeras y el Estado de Animo de los Pacientes terminales, mediante la aplicación de los dos instrumentos. Luego, se procedió a su análisis a través del procedimiento estadístico “Correlación de Pearson”, en el programa estadístico SPSS, versión 21.0. La prueba de Correlación de Pearson permite analizar la correlación entre las dos variables, con la intención de comprobar la hipótesis de estudio, verificando si existía relación significativa entre las dos variables.

$$r_s = \frac{n \sum r_x r_y - \sum r_x \sum r_y}{\sqrt{[n \sum r_x^2 - (\sum r_x)^2][n \sum r_y^2 - (\sum r_y)^2]}}$$

**Donde:**

r = coeficiente de correlación de Pearson.

Sxy = sumatoria de los productos de ambas variables.

Sx = sumatoria de los valores de la variable independiente.

Sy = sumatoria de los valores de la variable dependiente.

$Sx^2$  = sumatoria de los valores al cuadrado de la variable independiente.

$Sy^2$  = sumatoria de los valores al cuadrado de la variable dependiente.

N = tamaño de la muestra.

El uso del coeficiente de correlación de Pearson mide en una escala de intervalos, y refleja el grado de relación lineal que existe entre dos variables. El resultado numérico fluctúa entre los rangos de -1.00 a +1,00 donde:

- 1.00 = correlación negativa perfecta.

- 0.75 = correlación negativa muy fuerte.

- 0.50 = correlación negativa media.

- 0.10 = correlación negativa débil.

0, 00 = No existe correlación alguna.

+ 0.10 = Correlación positiva débil.

+ 0.50 = correlación positiva media.

+ 0.75 = correlación positiva muy fuerte.

+ 1.00 = correlación positiva perfecta.

Para aceptar o rechazar la hipótesis de estudio, en la prueba “Correlación de Pearson”, se utiliza una **Regla de decisión**:

Si valor  $P \geq 0,01$  se rechaza la hipótesis de estudio.

Si valor  $P < 0,01$  se acepta la hipótesis de estudio.

#### 4.1.1 Resultados del instrumento que mide las Competencias de las Enfermeras.

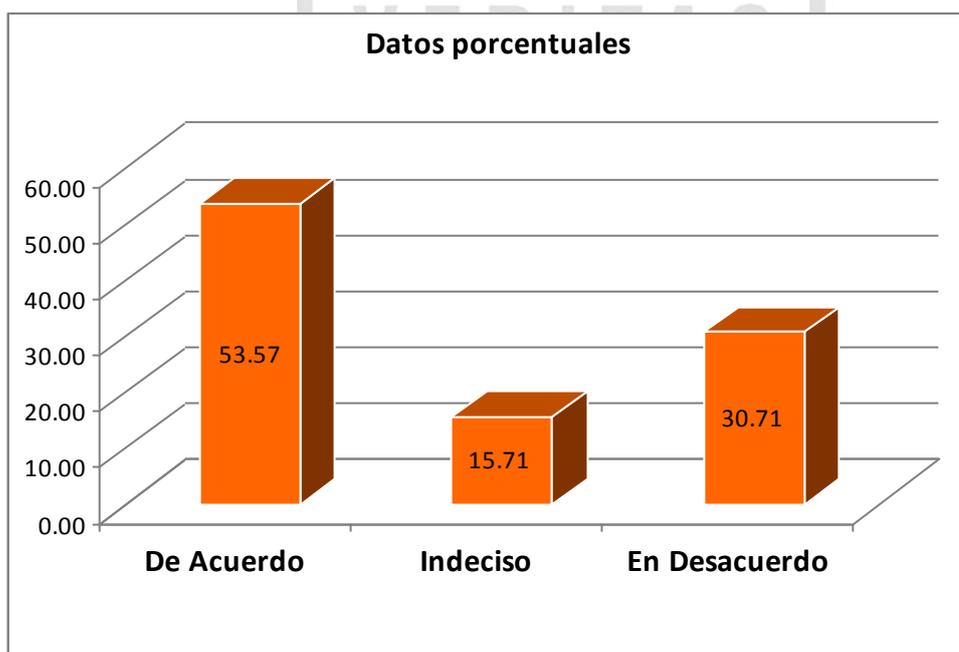
##### A. Componente cognitivo

1.- El profesional enfermero cree que el paciente terminal tiene derecho a solicitar lo que desee.

**Tabla N° 01.**

	N°	%
De Acuerdo	75	53.57
Indeciso	22	15.71
En Desacuerdo	43	30.71
Total	140	100.00

**Gráfico N° 01.**



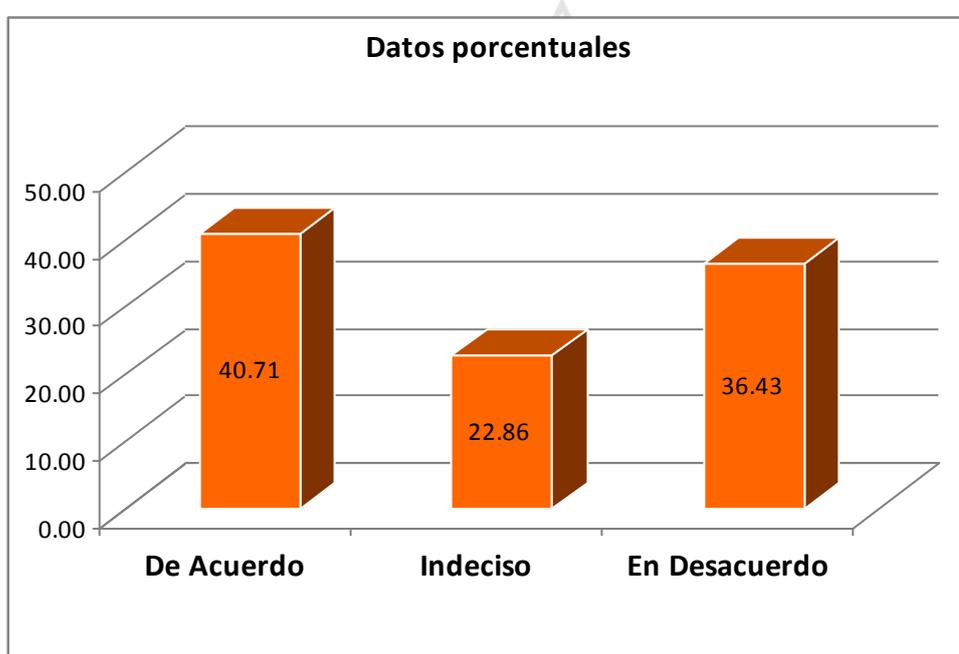
Se observó que un 53.57% (75) de enfermeras señalaron que están de acuerdo con el ítem: “El profesional enfermero cree que el paciente terminal tiene derecho a solicitar lo que desee”. Sin embargo, un 30.71% (43) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo. Estos resultados nos permiten inferir que es necesario capacitar al personal de enfermería sobre los derechos del paciente terminal y su adecuado tratamiento.

2.- En la atención del paciente terminal, prevalece que tenga una muerte digna.

**Tabla N° 02**

	N°	%
De Acuerdo	57	40.71
Indeciso	32	22.86
En Desacuerdo	51	36.43
Total	140	100.00

**Gráfico N° 02**



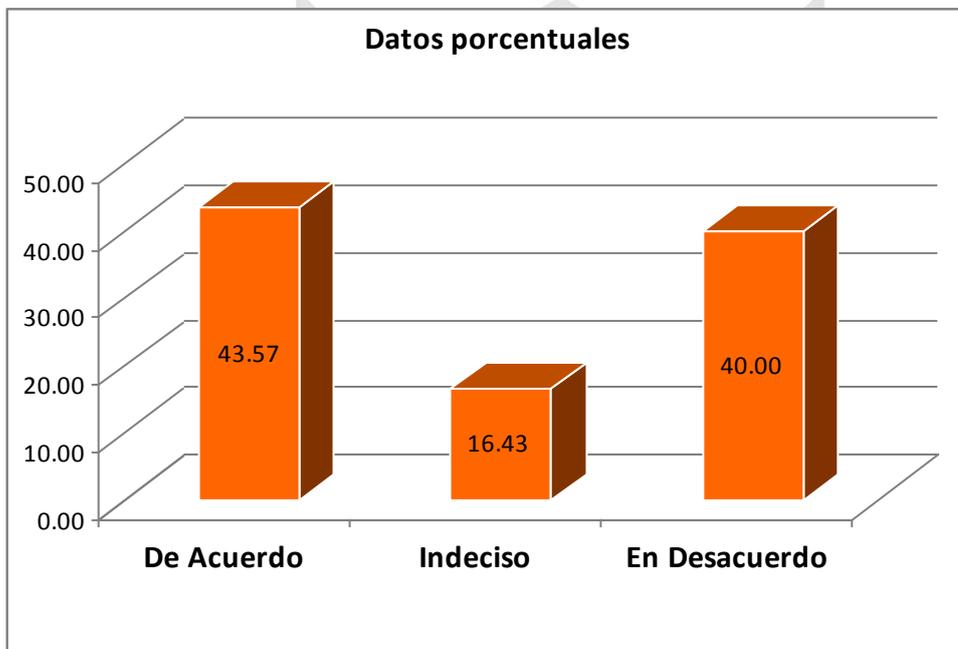
Se observó que un 40.71% (57) de enfermeras señalaron que están de acuerdo con el ítem: “En la atención del paciente terminal prevalece que tenga una muerte digna”. Sin embargo, un 36.43% (51) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Por lo que hace falta que las enfermeras conozcan a fondo la condición de paciente terminal y la calidad de vida que se le debe dar.

**3.- Los conocimientos que posee el enfermero ayudan a planificar los cuidados paliativos destinados al paciente terminal.**

**Tabla N° 03**

	N°	%
De Acuerdo	61	43.57
Indeciso	23	16.43
En Desacuerdo	56	40.00
Total	140	100.00

**Gráfico N° 03**



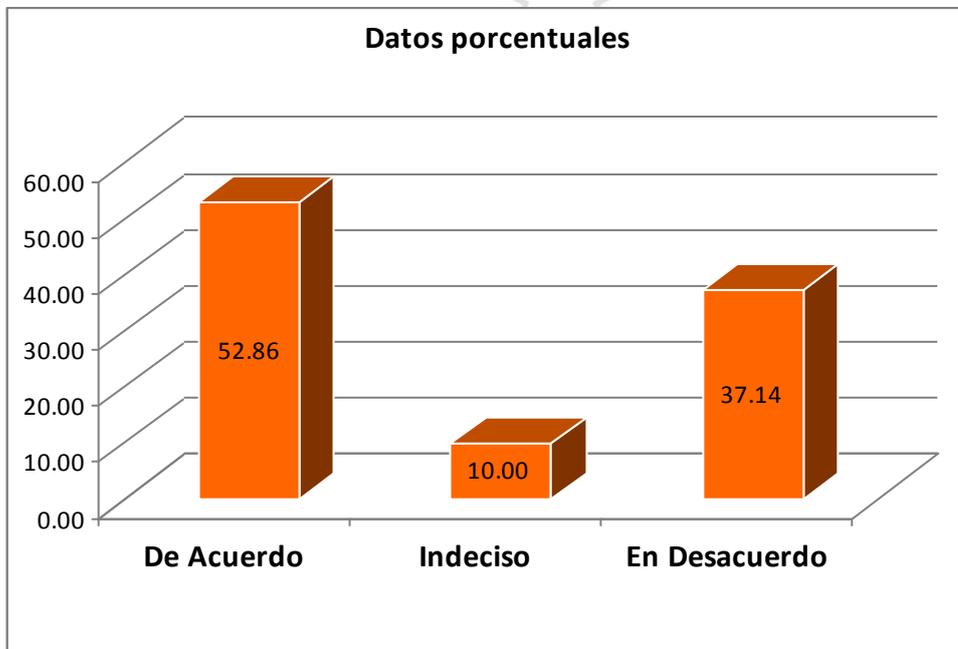
Se observó que un 43.57% (61) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “Los conocimientos que posee el enfermero ayudan a planificar los cuidados paliativos destinados al paciente terminal”. Sin embargo, un 40% (56) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Es muy alto el porcentaje en desacuerdo e indeciso, lo que nos permite indicar que no se conoce mucho sobre la pregunta planteada, y es necesario que así sea.

**4.- La enfermera permanentemente busca nuevas técnicas de cuidados para brindar a los pacientes terminales una muerte digna.**

**Tabla N° 04**

	N°	%
De Acuerdo	74	52.86
Indeciso	14	10.00
En Desacuerdo	52	37.14
Total	140	100.00

**Gráfico N° 04**



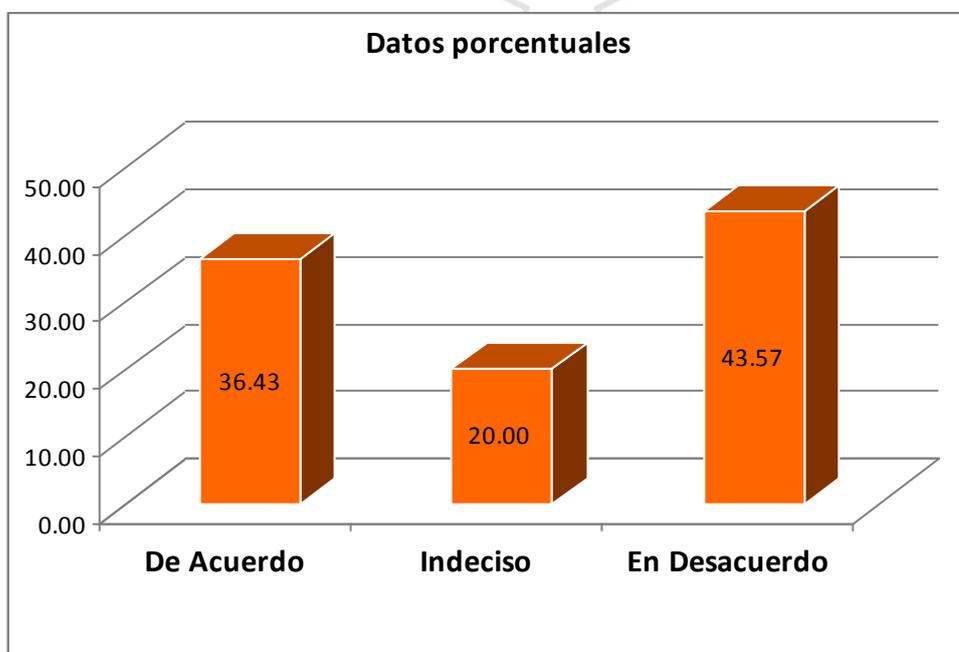
Se observó que un 52.86% (74) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “La enfermera permanentemente busca nuevas técnicas de cuidados para brindar a los pacientes terminales una muerte digna”. Sin embargo, un 37.14% (52) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Esta actitud de buscar nuevas técnicas debe ser mayor en las enfermeras que atienden a pacientes terminales, cosa que no sucede de acuerdo a los resultados obtenidos.

**5.- Los conocimientos adquiridos, durante la formación profesional, son suficientes para brindar cuidados a pacientes terminales.**

**Tabla N° 05**

	N°	%
De Acuerdo	51	36.43
Indeciso	28	20.00
En Desacuerdo	61	43.57
Total	140	100.00

**Gráfico N° 05**



Se observó que un 36.43% (51) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “Los conocimientos adquiridos durante la formación profesional son suficientes para brindar cuidados a pacientes terminales”. Sin embargo, un 43.57% (61) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Es importante que las enfermeras reconozcan que deben capacitarse constantemente y que los conocimientos recibidos o adquiridos se deben actualizar permanentemente.

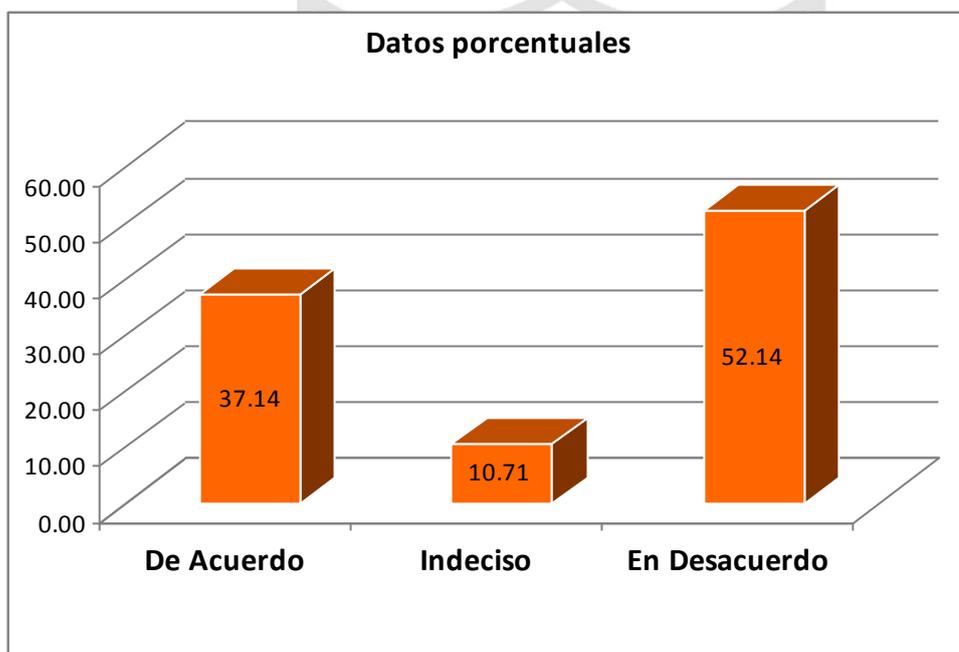
## B. Componente procedimental

6.- El brindar cuidados a pacientes terminales es una inclinación natural en mi persona.

**Tabla N° 06.**

	N°	%
De Acuerdo	52	37.14
Indeciso	15	10.71
En Desacuerdo	73	52.14
Total	140	100.00

**Gráfico N° 06**



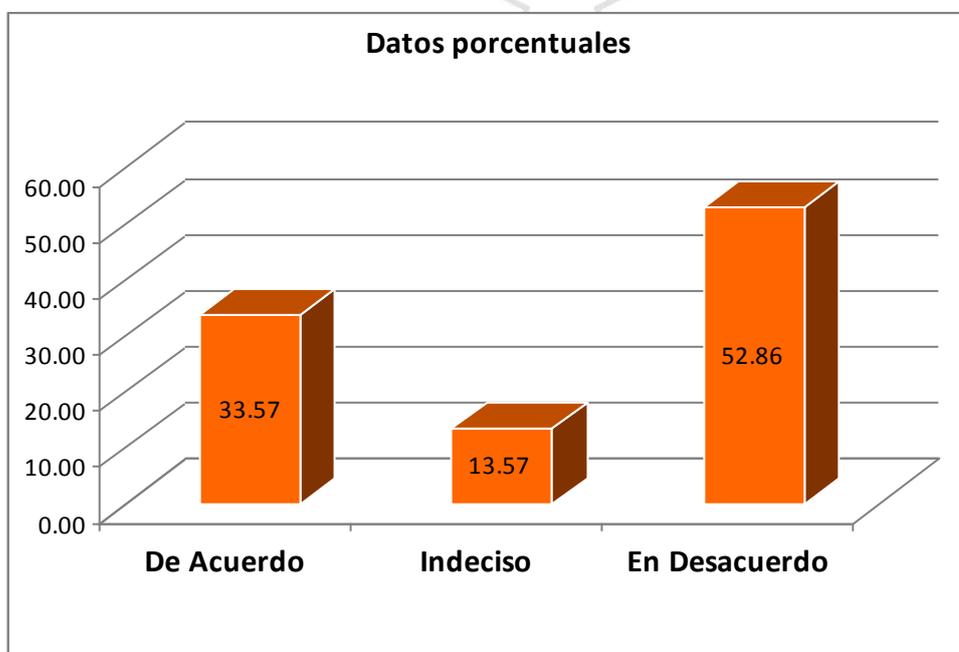
Se observó que un 37.14% (52) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “El brindar cuidados a pacientes terminales es una inclinación natural en mi persona”. Sin embargo, un 52.14% (73) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Podemos notar en los resultados que no existe una actitud favorable hacia la atención del paciente terminal, y es un tema que debe ser tomado en cuenta.

**7.- Atender a pacientes terminales genera malestar en el profesional enfermero.**

**Tabla N° 07**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
De Acuerdo	47	33.57
Indeciso	19	13.57
En Desacuerdo	74	52.86
Total	140	100.00

**Gráfico N° 07**



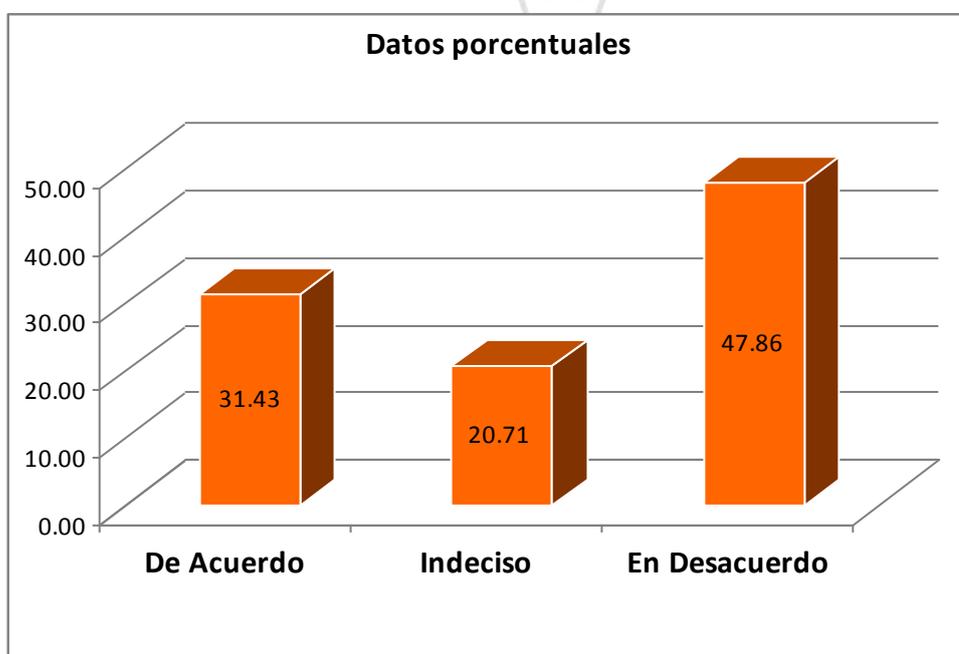
Se observó que un 33.57% (47) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “Atender a pacientes terminales genera malestar en el profesional enfermero”. Sin embargo, un 52.86% (74) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Los resultados permiten indicar que las enfermeras no se sienten identificadas con la atención a los pacientes terminales, quizás porque no haya suficiente vocación de servicio.

**8.- La responsabilidad profesional del enfermero para atender al paciente terminal esta en primer lugar.**

**Tabla N° 08**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
De Acuerdo	44	31.43
Indeciso	29	20.71
En Desacuerdo	67	47.86
Total	140	100.00

**Gráfico N° 08**



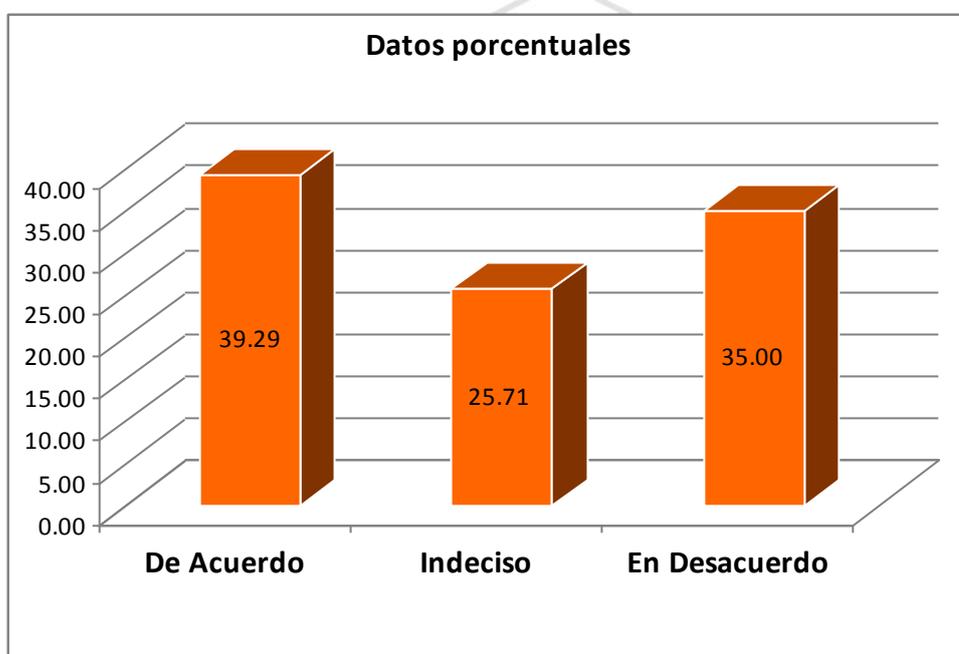
Se observó que un 31.43% (44) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “La responsabilidad profesional del enfermero para atender al paciente terminal esta en primer lugar”. Sin embargo, un 47.86% (67) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Estos resultados nos permiten indicar que hace falta una real identificación con la profesión y el cuidado del paciente terminal de parte de las enfermeras.

## 9.- El enfermero tiene derecho a rechazar la atención del paciente terminal.

Tabla N° 09

	N°	%
De Acuerdo	55	39.29
Indeciso	36	25.71
En Desacuerdo	49	35.00
Total	140	100.00

Gráfico N° 09



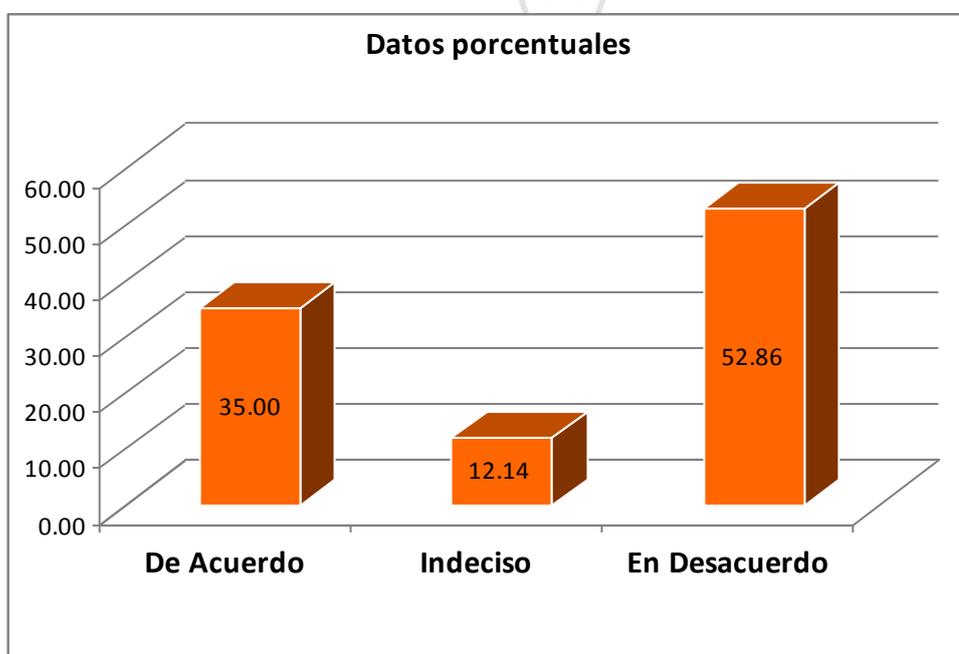
Se observó que un 39.29% (55) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “El enfermero tiene derecho a rechazar la atención del paciente terminal”. Sin embargo, un 35% (49) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Se puede notar en estos resultados que las enfermeras no conocen mucho sobre el valor ético y los principios de su profesión, pues deben de velar por la atención del paciente terminal por sobre todas sus funciones.

**10.- El enfermero debe usar los narcóticos en forma regular y a intervalos fijos para aliviar el dolor del paciente terminal.**

**Tabla N° 10**

	N°	%
De Acuerdo	49	35.00
Indeciso	17	12.14
En Desacuerdo	74	52.86
Total	140	100.00

**Gráfico N° 10**



Se observó que un 35% (49) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “El enfermero debe usar los narcóticos en forma regular y a intervalos fijos para aliviar el dolor del paciente terminal”. Sin embargo, un 52.86% (74) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Esta práctica es muy utilizada para aliviar el tratamiento del dolor en pacientes terminales, sin embargo, no es muy conocida o practicada por las enfermeras.

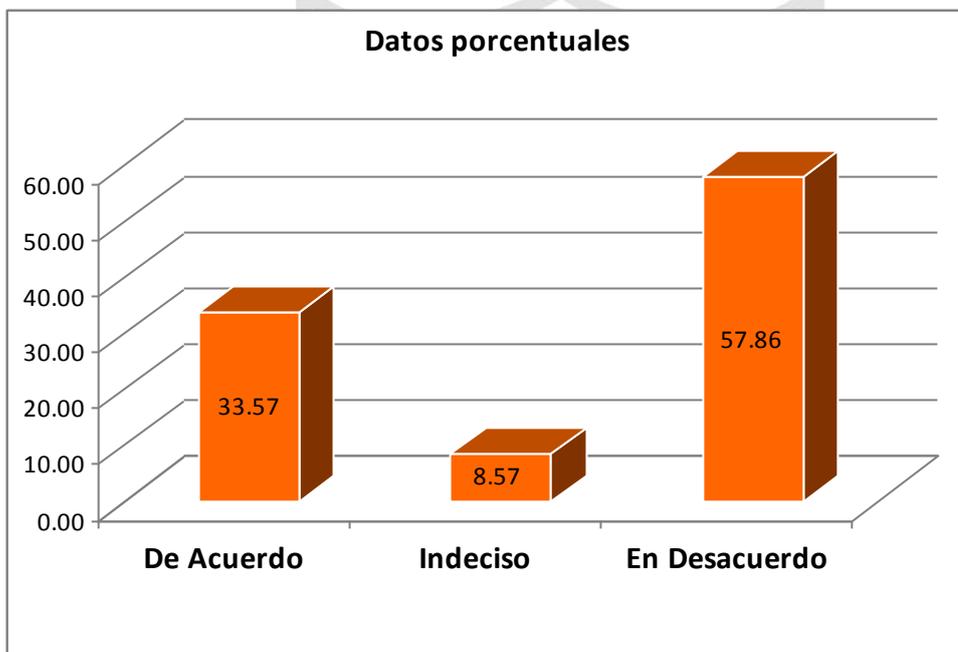
### C. Componente actitudinal

11.- Manifiestar sensibilidad ante el paciente terminal muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de salud.

Tabla N° 11

	N°	%
De Acuerdo	47	33.57
Indeciso	12	8.57
En Desacuerdo	81	57.86
Total	140	100.00

Gráfico N° 11



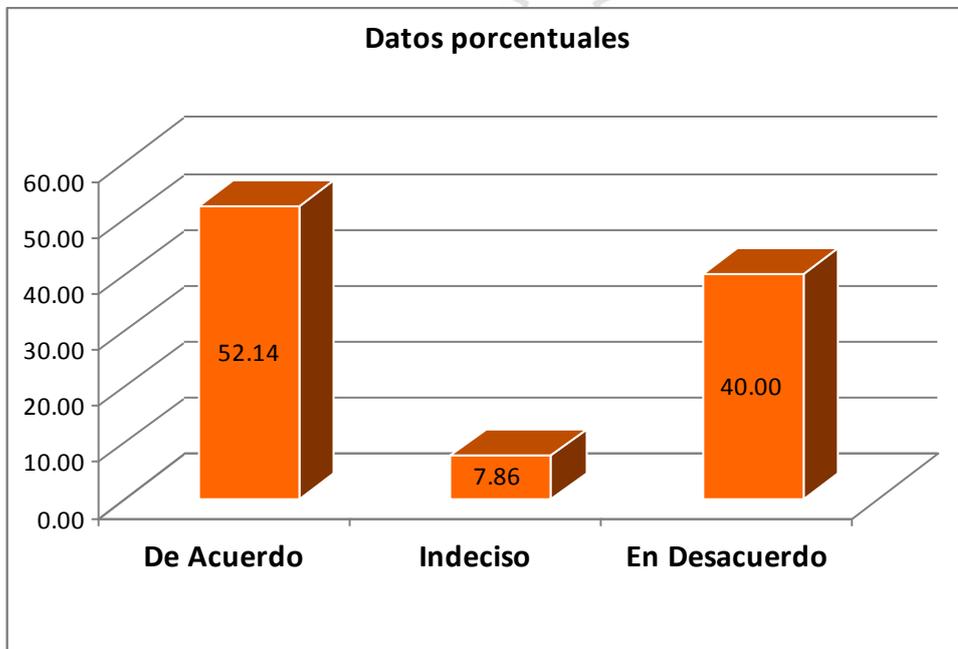
Se observó que un 33.57% (47) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “Manifiestar sensibilidad ante el paciente terminal muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de salud”. Sin embargo, un 57.86% (81) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. La mayoría de enfermeras no manifiestan sensibilidad ante un paciente terminal, y es un tema muy delicado.

**12.- Para no comprometerse emocionalmente con el paciente, es importante mantener un límite afectivo.**

**Tabla N° 12**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
De Acuerdo	73	52.14
Indeciso	11	7.86
En Desacuerdo	56	40.00
Total	140	100.00

**Gráfico N° 12**



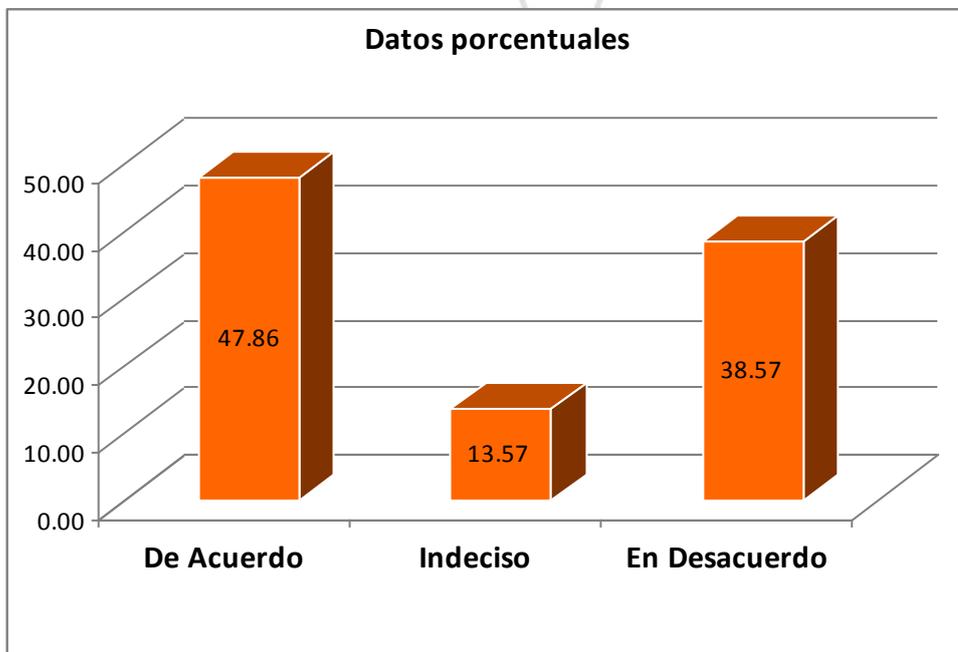
Se observó que un 52.14% (73) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “Para no comprometerse emocionalmente con el paciente es importante mantener un límite afectivo”. Sin embargo, un 40% (56) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. La afectividad se limita en la atención al paciente terminal y es muy bien comprendida por el paciente.

**13.- En el trabajo con pacientes terminales, se hace presente a menudo la carencia de entusiasmo relacionado a la imposibilidad de cura a pesar del esfuerzo profesional.**

**Tabla N° 13**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
De Acuerdo	67	47.86
Indeciso	19	13.57
En Desacuerdo	54	38.57
Total	140	100.00

**Gráfico N° 13**



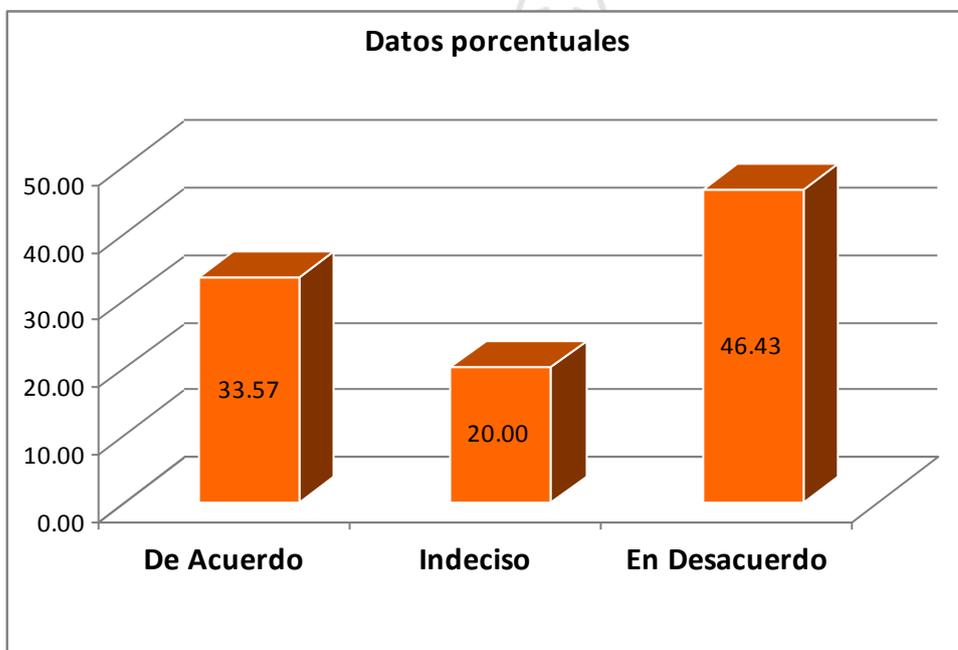
Se observó que un 47.86% (67) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “En el trabajo con pacientes terminales se hace presente a menudo la carencia de entusiasmo relacionado a la imposibilidad de cura a pesar del esfuerzo profesional”. Sin embargo, un 38.57% (54) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Los resultados nos permiten afirmar que hay carencia de entusiasmo para cuidar y curar a un paciente terminal por parte de las enfermeras.

**14.- El brindar cuidados a pacientes terminales genera temor, porque se instala en nuestros sentimientos la idea de sufrimiento ante nuestra propia muerte.**

**Tabla N° 14**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
De Acuerdo	47	33.57
Indeciso	28	20.00
En Desacuerdo	65	46.43
Total	140	100.00

**Gráfico N° 14**



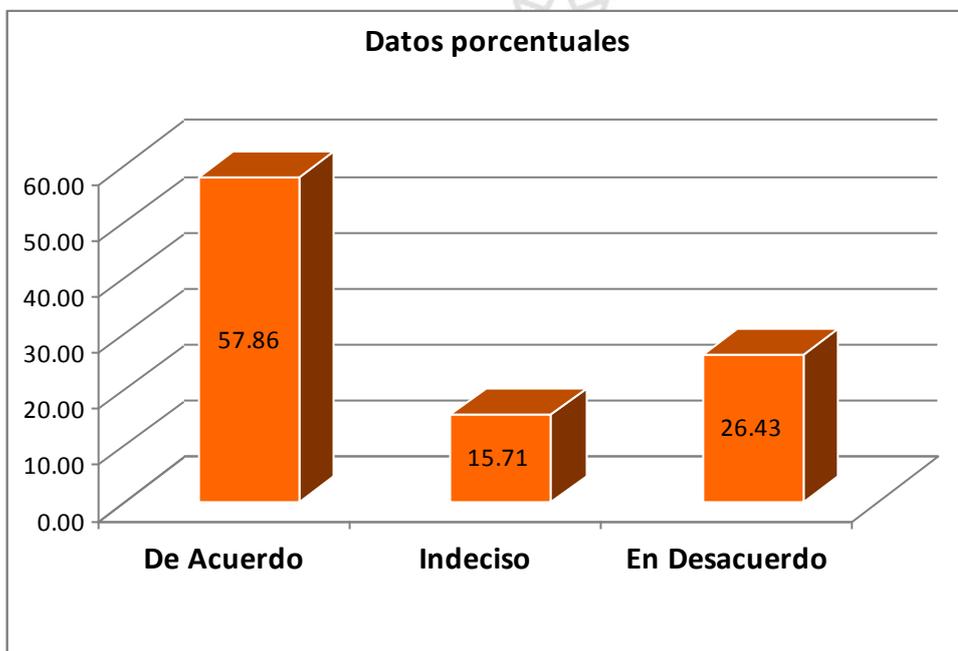
Se observó que un 35.57% (47) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “El brindar cuidados a pacientes terminales genera temor porque se instala en nuestros sentimientos la idea de sufrimiento ante nuestra propia muerte”. Sin embargo, un 46.43% (65) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. La idea de sufrimiento no siempre se instala en el sentimiento de la enfermera que atiende al paciente terminal, se diferencia entonces el aspecto profesional del afectivo.

**15.- La experiencia de acompañar permanentemente la agonía del paciente genera inquietud profesional.**

**Tabla N° 15**

	N°	%
De Acuerdo	81	57.86
Indeciso	22	15.71
En Desacuerdo	37	26.43
Total	140	100.00

**Gráfico N° 15**



Se observó que un 57.86% (81) de enfermeras señalaron que está de acuerdo con el ítem: “La experiencia de acompañar permanentemente la agonía del paciente genera inquietud profesional”. Sin embargo, un 26.43% (37) de enfermeras señalaron que está en desacuerdo con la pregunta planteada. Es un buen resultado porque permite conocer que las enfermeras se identifican con sus objetivos profesionales, aunque falta mejorar por los resultados encontrados.

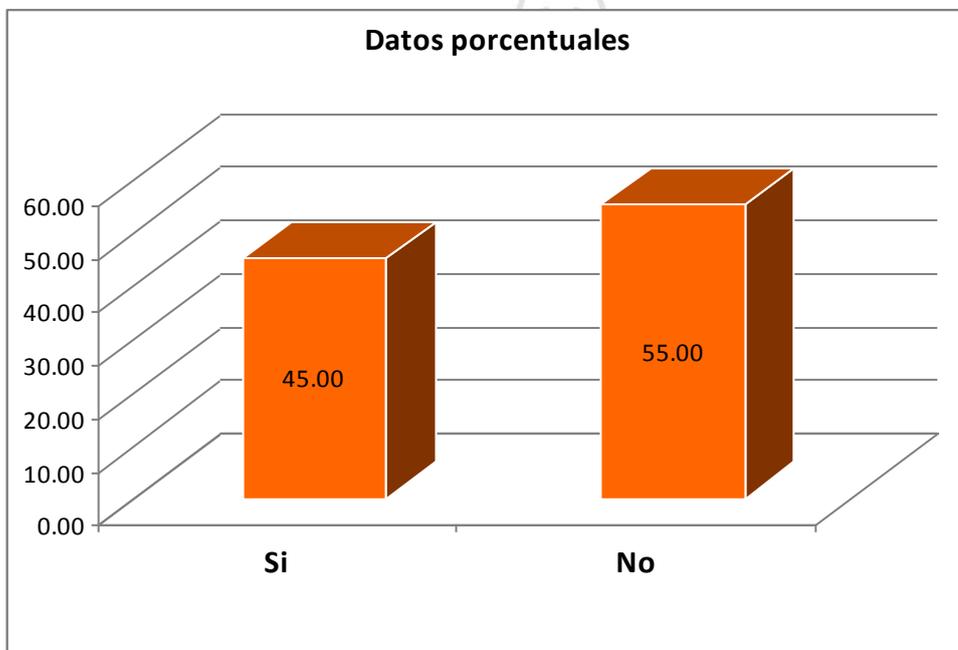
#### 4.1.2. Resultados del instrumento que mide el Estado de ánimo de los pacientes terminales.

1. El paciente siente que le han dado un trato humano dentro del hospital.

**Tabla N° 16**

	N°	%
Si	63	45.00
No	77	55.00
Total	140	100.00

**Gráfico N° 16.**



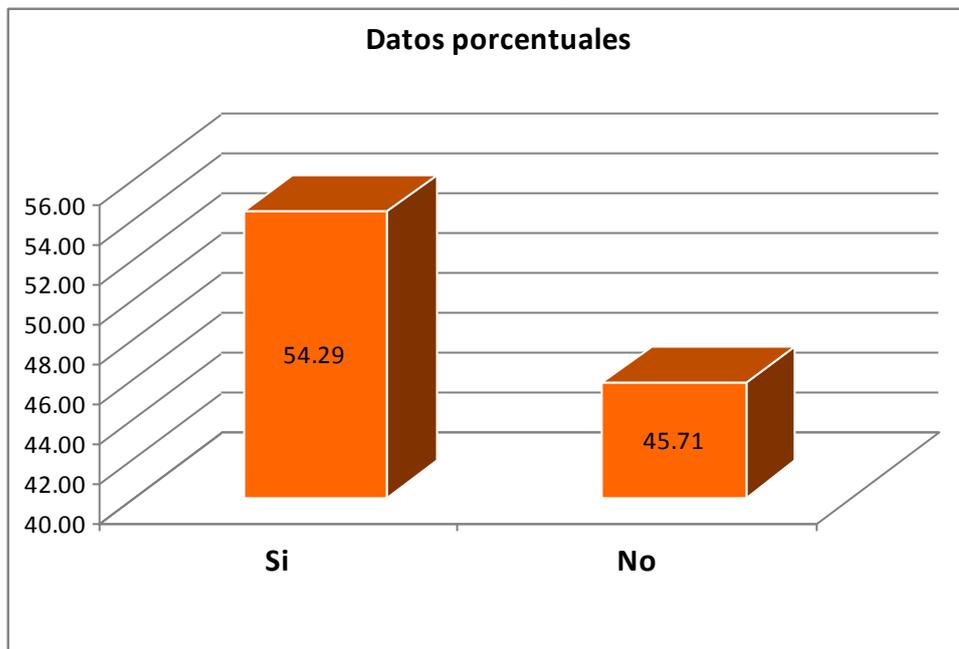
Se observó que un 45% (63) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente siente que le han dado un trato humano dentro del hospital. Sin embargo, un 55% (77) de enfermeras señalaron que los pacientes afirman que NO se ha ofrecido un trato humano en el hospital. En este caso, podemos apreciar aún falta mejorar el trato humano al paciente terminal.

## 2. El paciente considera que la higiene dentro del hospital es buena.

Tabla N° 17

	N°	%
Si	76	54.29
No	64	45.71
Total	140	100.00

Gráfico N° 17.



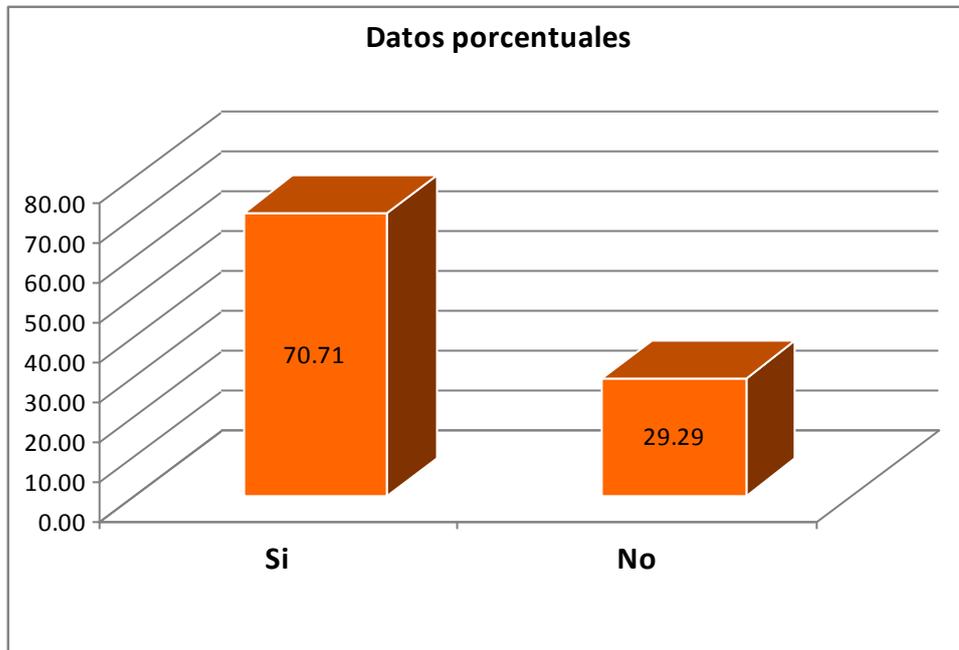
Se observó que un 54.29% (76) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente considera que la higiene dentro del hospital es buena. Sin embargo, un 45.71% (64) de enfermeras señalaron que los pacientes consideran que NO existe higiene adecuada dentro del hospital. Podemos apreciar que la higiene en el hospital es buena pero no tanto como debería ser en un nosocomio.

### 3. El paciente siente que sus seres queridos lo apoyan.

Tabla N° 18

	N°	%
Si	99	70.71
No	41	29.29
Total	140	100.00

Gráfico N° 18.



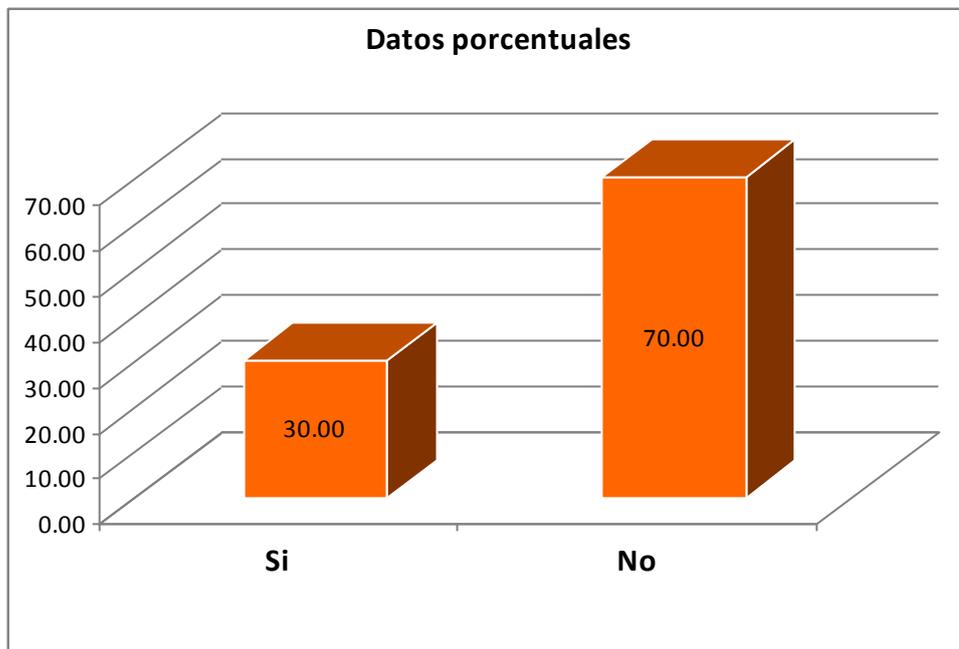
Se observó que un 70.71% (99) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente siente que sus seres queridos lo apoyan. Sin embargo, un 29.29% (41) de enfermeras señalaron que el paciente expresa que NO existe un apoyo adecuado de los familiares al paciente. Se nota un buen apoyo de los familiares, pero debería ser total por estar con enfermedades terminales.

#### 4. El paciente no se siento solo (a)

Tabla N° 19

	N°	%
Si	42	30.00
No	98	70.00
Total	140	100.00

Gráfico N° 19.



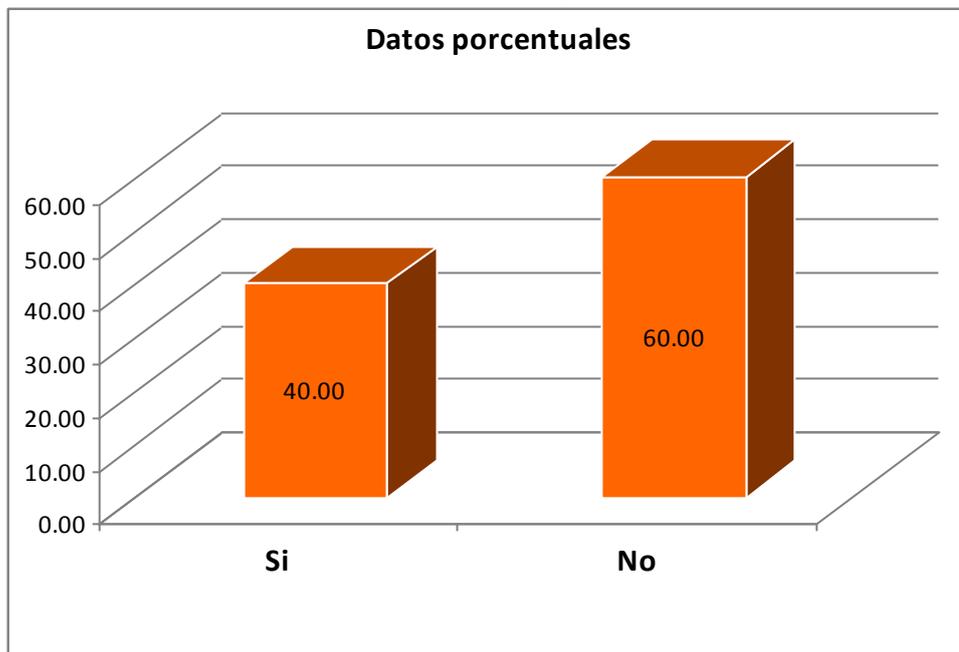
Se observó que un 30% (42) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente no se siento solo (a). Sin embargo, un 70% (98) de enfermeras señalaron que NO al ítem: El paciente no se siento solo (a). En este caso, el paciente no se siente tan solo parcialmente, pues un 30% de encuestados indicaron que si se sienten solos, esta situación debe mejorar.

## 5. El paciente no se siente triste.

Tabla N° 20

	N°	%
Si	56	40.00
No	84	60.00
Total	140	100.00

Gráfico N° 20.



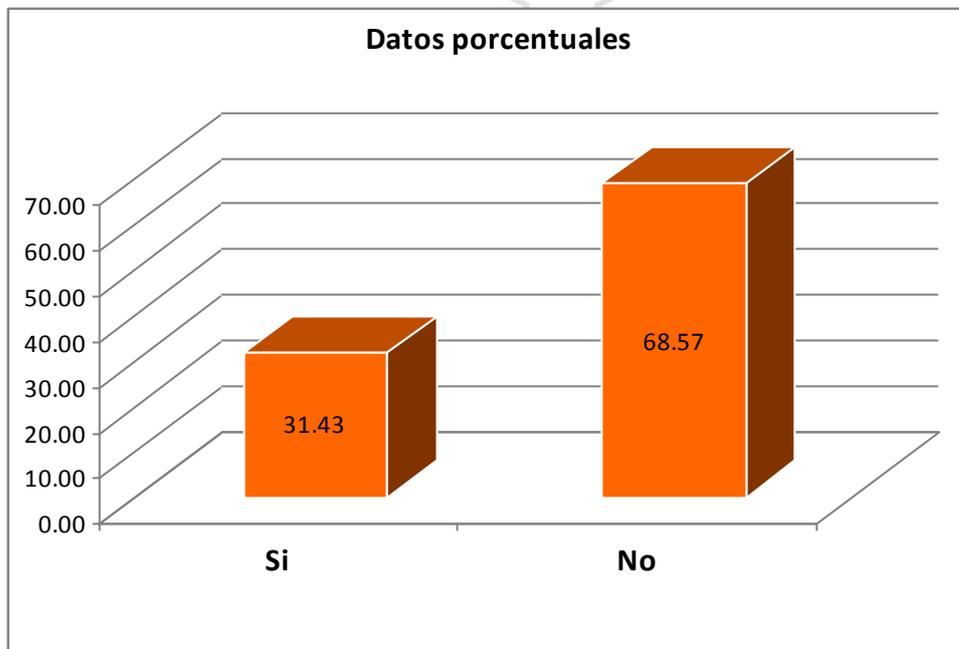
Se observó que un 40% (56) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente no se siente triste. Sin embargo, un 60% (84) de enfermeras señalaron que NO al ítem: El paciente no se siente triste. Es muy alto el porcentaje (40%) de pacientes que se sienten solos, y esta situación no contribuye para la mejoría o calidad de vida de los pacientes terminales.

## 6. El paciente no se siente enojado (a)

Tabla N° 21

	N°	%
Si	44	31.43
No	96	68.57
Total	140	100.00

Gráfico N° 21.



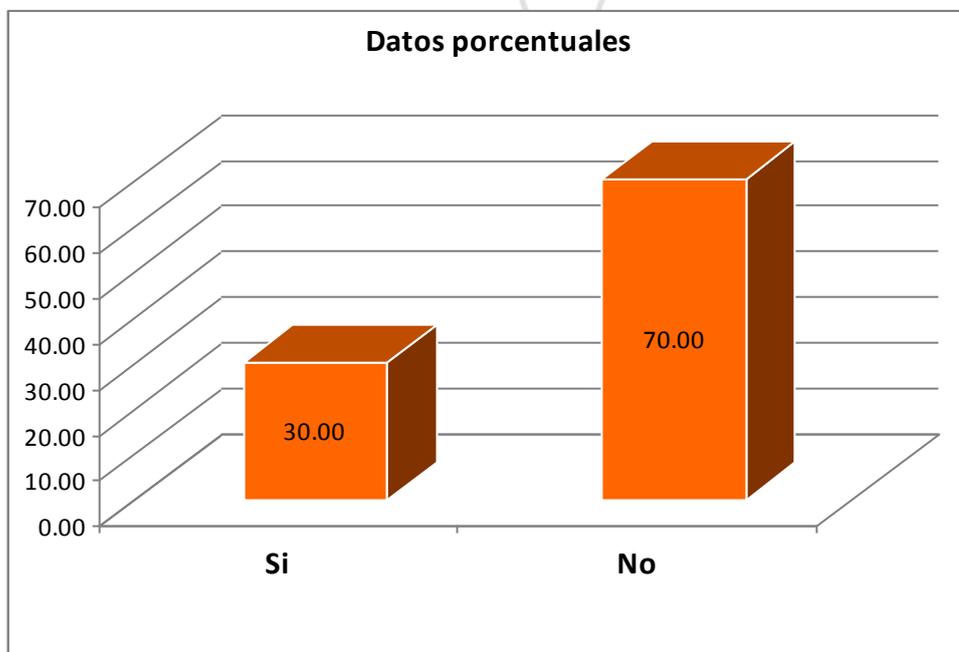
Se observó que un 31.43% (44) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente no se siente enojado (a). Sin embargo, un 68.57% (96) de enfermeras señalaron que NO al ítem: El paciente no se siente enojado (a).

7. El paciente se siente capaz de realizar algunas actividades que antes solía hacer.

**Tabla N° 22**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	42	30.00
No	98	70.00
Total	140	100.00

**Gráfico N° 22.**



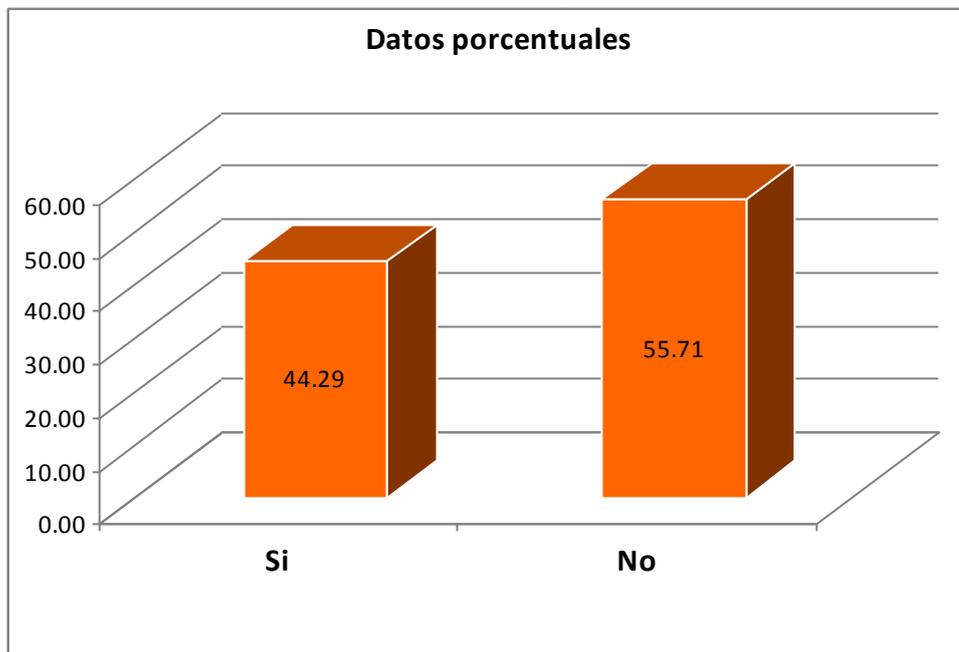
Se observó que un 30% (42) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente se siente capaz de realizar algunas actividades que antes solía hacer. Sin embargo, un 70% (98) de enfermeras señalaron que los pacientes terminales NO se sienten capaz de realizar algunas actividades que antes solían hacer. En el estado terminal en que se encuentran, existen dificultades para realizar sus actividades propias.

8. El paciente no tiene miedo de lo que pueda pasarle.

**Tabla N° 23**

	N°	%
Si	62	44.29
No	78	55.71
Total	140	100.00

**Gráfico N° 23.**



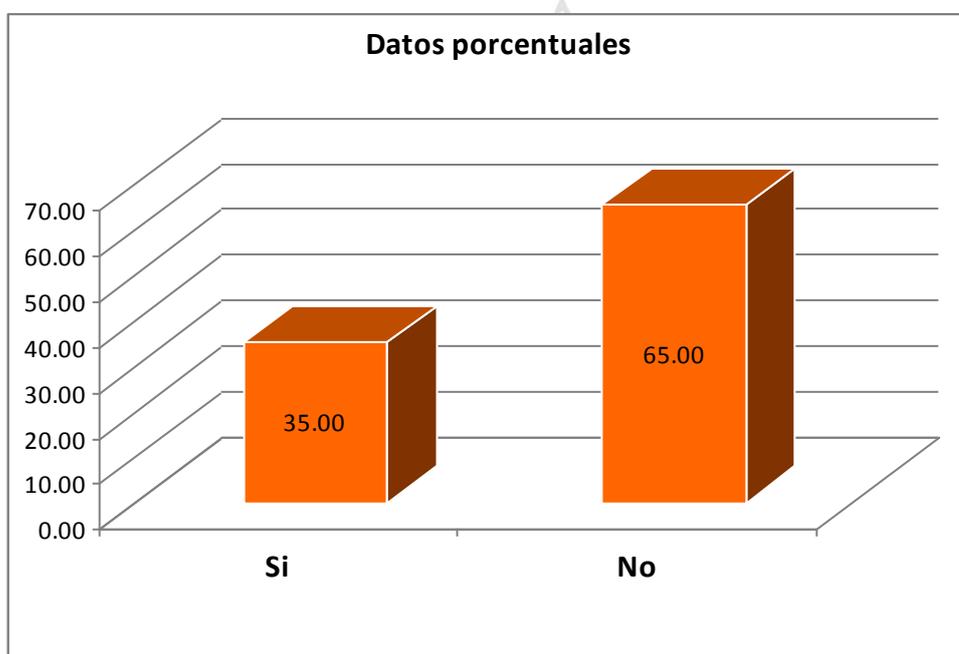
Se observó que un 44.29% (62) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente no tiene miedo de lo que pueda pasarle. Sin embargo, un 55.71% (78) de enfermeras señalaron que NO al ítem: El paciente no tiene miedo de lo que pueda pasarle. Es natural el temor que tienen los pacientes terminales porque están propensos a situaciones de crisis o muerte eventualmente.

9. El paciente no tiene miedo a la muerte.

**Tabla N° 24**

	N°	%
Si	49	35.00
No	91	65.00
Total	140	100.00

**Gráfico N° 24.**



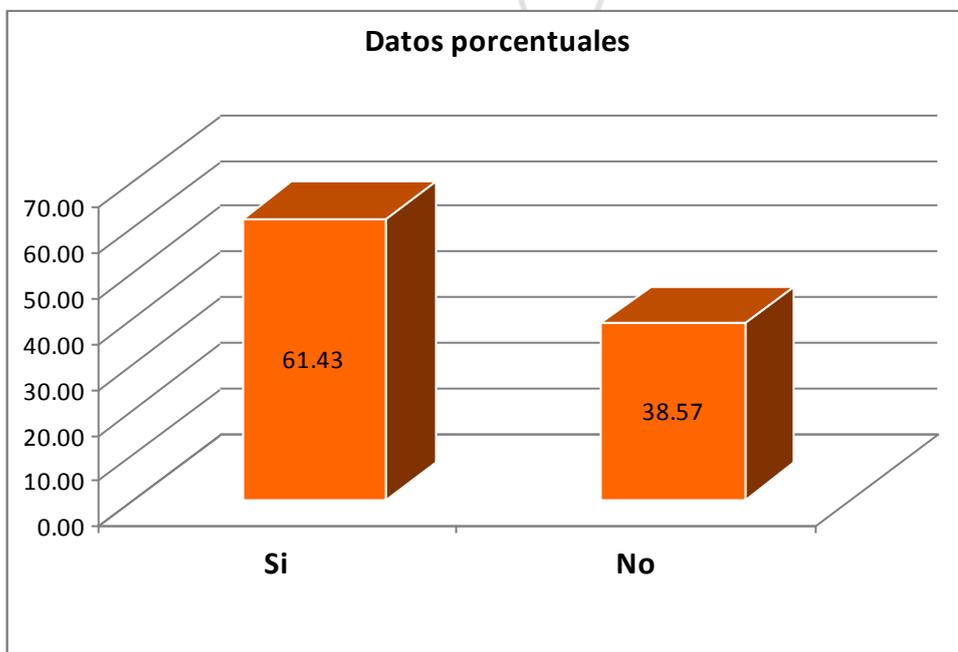
Se observó que un 35% (49) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente no tiene miedo a la muerte. Sin embargo, un 65% (91) de enfermeras señalaron que NO al ítem: El paciente no tiene miedo a la muerte. Al parecer se encuentran resignados a esta situación, pero la labor de la enfermera es importante para amenguar este sentimiento del paciente terminal.

10. El paciente no desea que dentro del hospital exista algún tipo de actividad para distraerle.

**Tabla N° 25**

	N°	%
Si	86	61.43
No	54	38.57
Total	140	100.00

**Gráfico N° 25.**



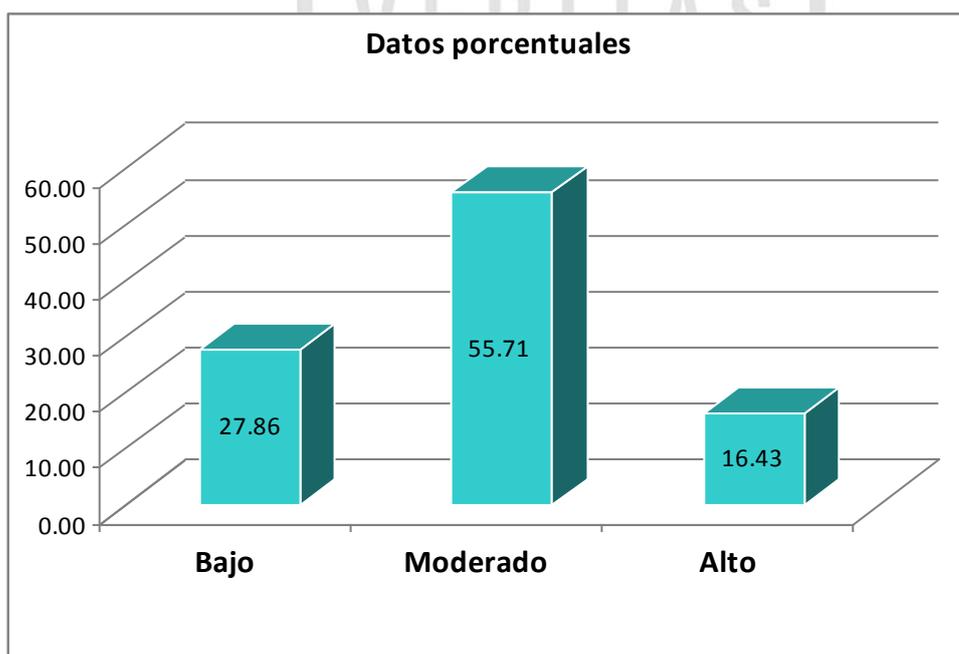
Se observó que un 61.43% (86) de enfermeras señalaron que SI al ítem: El paciente no desea que dentro del hospital exista algún tipo de actividad para distraerle. Sin embargo, un 38.57% (54) de enfermeras señalaron que NO al ítem: el paciente no desean que dentro del hospital exista algún tipo de actividad para distraerle. Quizás no desean que hayan actividades distractivas por el estado terminal en que se encuentran los pacientes y no desean ser molestados.

**Resultados de los puntajes de las Dimensiones del Competencias de las enfermeras.**

**Tabla N° 26. Dimensión Capacidades Cognitivas.**

Índices	N°	%
Bajo	39	27.86
Moderado	78	55.71
Alto	23	16.43
Total	140	100.00

**Gráfico N° 26.**



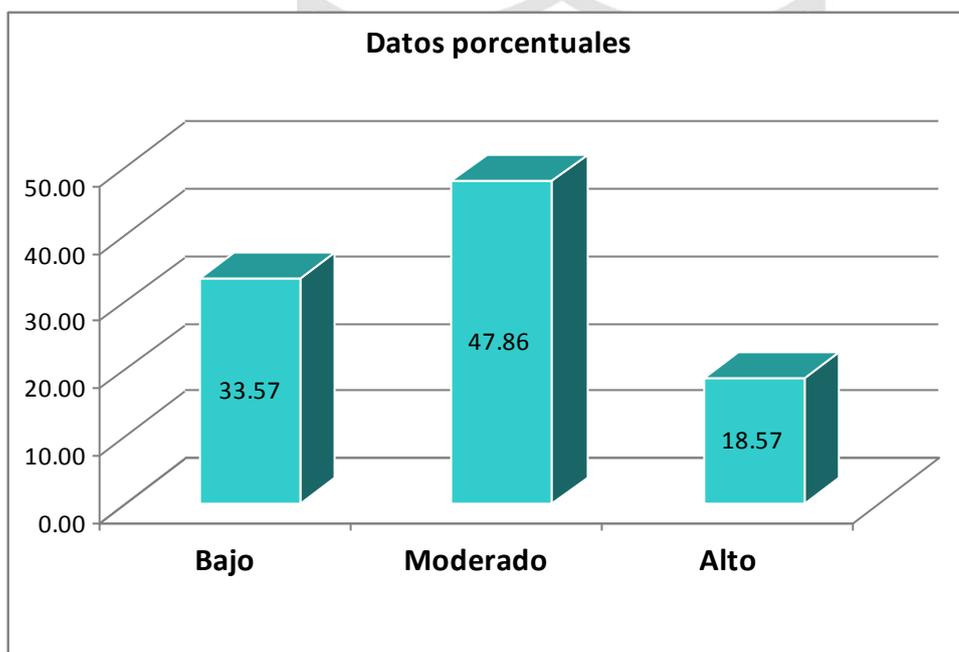
**Interpretación.**

El 27.86% (39) de enfermeras señala que existe un nivel Bajo de **Capacidades Cognitivas**. En tanto, el 55.71% (78) de enfermeras señala que existe un nivel Moderado de **Capacidades Cognitivas**. Por último, el 16.43% (23) de enfermeras señala que existe un nivel Alto de **Capacidades Cognitivas**.

**Tabla N° 27. Dimensión Capacidades Procedimentales.**

Índices	N°	%
Bajo	47	33.57
Moderado	67	47.86
Alto	26	18.57
Total de enfermeras	140	100.00

**Gráfico N° 27.**



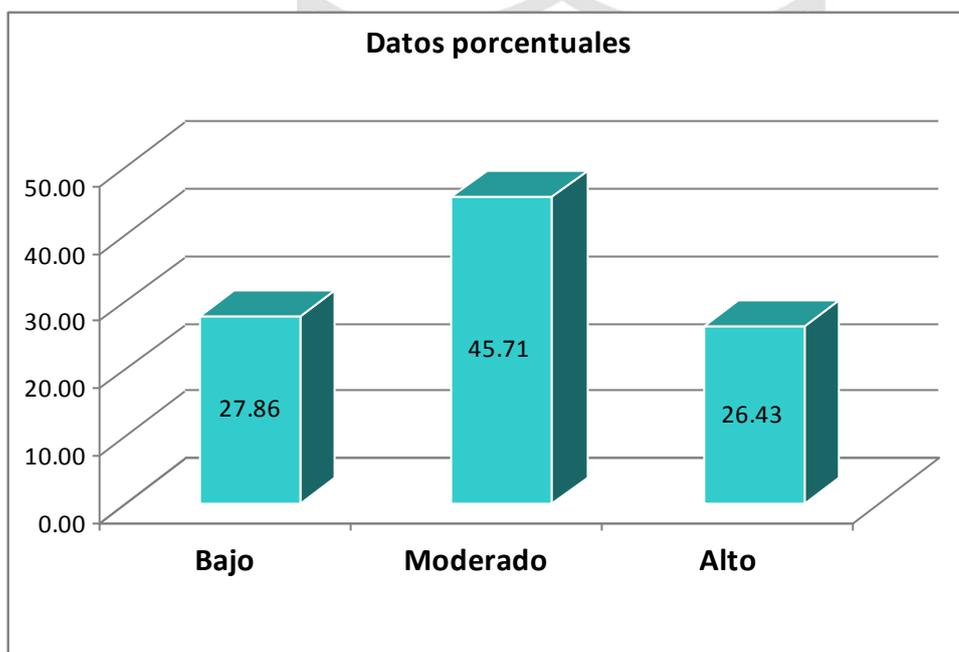
**Interpretación.**

El 33.57% (47) de enfermeras señala que existe un nivel Bajo de **Capacidades Procedimentales**. En tanto, el 47.86% (67) de enfermeras señala que existe un nivel Moderado de **Capacidades Procedimentales**. Por último, el 18.57% (26) de enfermeras señala que existe un nivel Alto de **Capacidades Procedimentales**.

**Tabla N° 28. Dimensión Capacidades Actitudinales.**

Índices	N°	%
Bajo	39	27.86
Moderado	64	45.71
Alto	37	26.43
Total de enfermeras	140	100.00

**Gráfico N° 28.**



**Interpretación.**

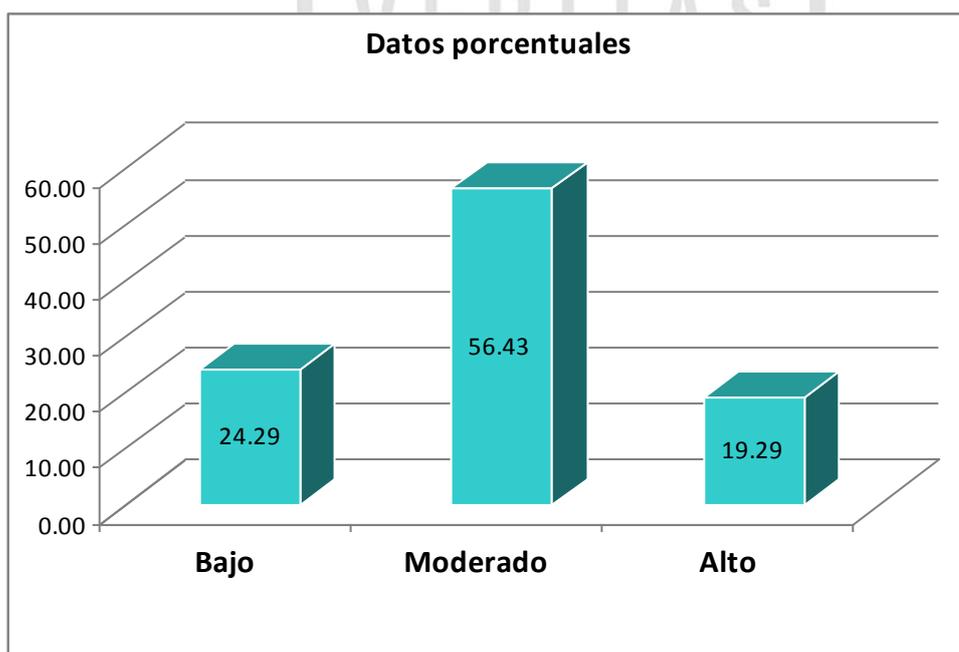
El 27.86% (39) de enfermeras señala que existe un nivel Bajo de **Capacidades Actitudinales**. Mientras, el 45.71% (64) de enfermeras señala que existe un nivel Moderado de **Capacidades Actitudinales**. Por último, el 26.43% (37) de enfermeras señala que existe un nivel Alto de **Capacidades Actitudinales**.

## Resultados generales de la variable independiente.

Tabla N° 29. Dimensión Competencias de las enfermeras.

Índices	N°	%
Bajo	34	24.29
Moderado	79	56.43
Alto	27	19.29
Total de enfermeras	140	100.00

Gráfico N° 29.



### Interpretación.

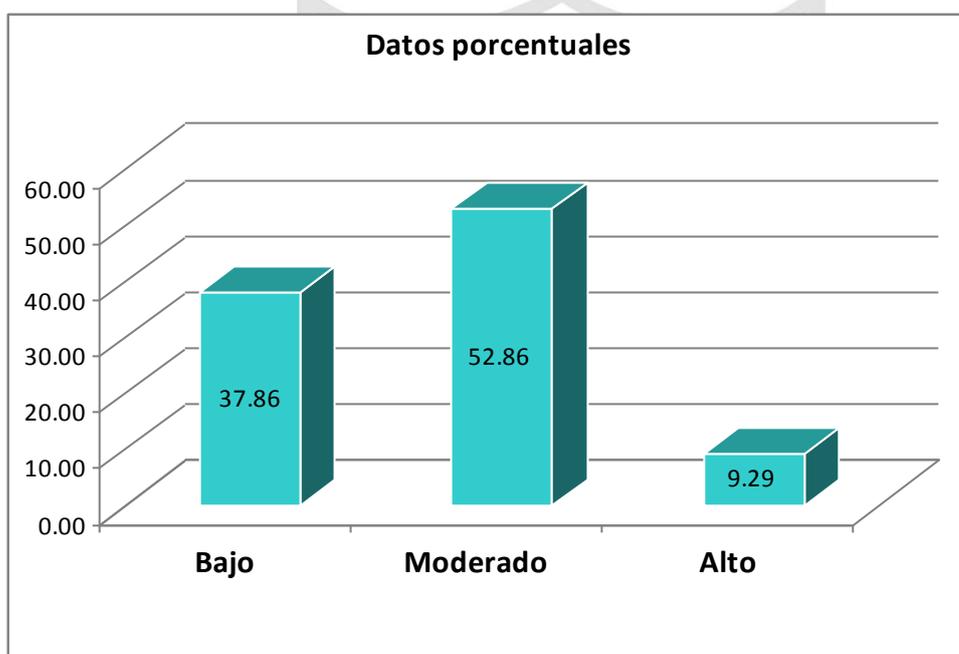
El 24.29% (34) de enfermeras señala que existe un nivel Bajo de **Competencias de las enfermeras**. Mientras, que el 56.43% (79) de enfermeras señala que existe un nivel Moderado de **Competencias de las enfermeras**. Por último, el 19.29% (27) de enfermeras señala que existe un nivel Alto de **Competencias de las enfermeras**.

## Resultados generales de la variable dependiente.

Tabla N° 30. Dimensión Estado de ánimo de los pacientes.

Índices	N°	%
Bajo	53	37.86
Moderado	74	52.86
Alto	13	9.29
Total de enfermeras	140	100.00

Gráfico N° 30.



### Interpretación.

El 37.86% (53) de enfermeras señala que existe un nivel Bajo de **Estado de ánimo de los pacientes**. Mientras, que el 53.86% (74) de enfermeras señala que existe un nivel Moderado de **Estado de ánimo de los pacientes**. Por último, el 9.29% (13) de enfermeras señala que existe un nivel Alto de **Estado de ánimo de los pacientes**.

## 4.2. Proceso de prueba de hipótesis

### 4.2.1. Hipótesis Principal

Ha: Existe una relación significativa entre la evaluación de las respuestas cognitiva, procedimental y actitudinal de las enfermeras con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

H<sub>0</sub>: NO existe una relación significativa entre la evaluación de las respuestas cognitiva, procedimental y actitudinal de las enfermeras con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

**TABLA Nº 31. Correlaciones de Hipótesis Principal.**

		X: evaluación de las respuestas cognitiva, procedimental y actitudinal.	Y: Estado de ánimo de los pacientes
X: evaluación de las respuestas cognitiva, procedimental y actitudinal.	Correlación de Pearson.	1	0.000 (**)
	Sig. (bilateral)		0.807
	N	140	140
Y: Estado de ánimo de los pacientes.	Correlación de Pearson.	0.000 (**)	1
	Sig. (bilateral)	0.807	
	N	140	140

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa de  $r = 0.807$  (donde  $p: < de 0,01$ ) y a una probabilidad de certeza del 99%, que confirma una relación significativa entre las Competencias de las enfermeras con el Estado de Ánimo de los pacientes, considerando la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.807$  y un valor  $p = 0.000$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las competencias de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

#### 4.2.2. Hipótesis específicas.

##### Hipótesis específica N° 01:

H<sub>1</sub>: Las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

H<sub>0</sub>: Las Competencias Cognitivas de las enfermeras NO se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

**TABLA N° 32. Correlaciones de Hipótesis Especifica N° 01.**

		X1: Competencias Cognitivas	Y: Estado de animo de pacientes
X1: Competencias Cognitivas	Correlación de Pearson	1	0.000(**)
	Sig. (bilateral)		0.752
	N	140	140
Y: Estado de animo de pacientes	Correlación de Pearson	0.000(**)	1
	Sig. (bilateral)	0.752	
	N	140	140

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos en la investigación muestran una relación estadísticamente significativa de  $r = 0.752$  (**donde  $p < 0,01$** ) y a una probabilidad de certeza del 99%, entre: las Competencias Cognitivas (primera dimensión de la VI) y el Estado de ánimo de los pacientes, durante el año 2013. Estos resultados son obtenidos conforme a la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.752$  y un valor  $p = 0.000$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

### Hipótesis específica N° 02:

H<sub>2</sub>: Las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

H<sub>0</sub>: Las Competencias Procedimentales de las enfermeras NO se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

**TABLA N° 33. Correlaciones de Hipótesis Específica N° 02.**

		X2: Competencias Procedimentales	Y: Estado de ánimo de pacientes.
X2: Competencias Procedimentales	Correlación de Pearson	1	0.001 (**)
	Sig. (bilateral)		0.918
	N	140	140
Y: Estado de ánimo de pacientes	Correlación de Pearson	0.001(**)	1
	Sig. (bilateral)	0.918	
	N	140	140

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos en la investigación muestran una relación estadísticamente significativa de  $r = 0.918$  (**donde  $p: < de 0,01$** ) y a una probabilidad de certeza del 99%, entre: las Competencias Procedimentales (segunda dimensión de la VI) y el Estado de ánimo de pacientes, durante el año 2013. Estos resultados son obtenidos conforme a la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.918$  y un valor  $p = 0.001$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

### Hipótesis específica N° 03:

H<sub>3</sub>: Las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

H<sub>0</sub>: Las Competencias Actitudinales de las enfermeras NO se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.

**TABLA N° 34. Correlaciones de Hipótesis Específica N° 03.**

		X3: Competencias Actitudinales	Y: Estado de ánimo de pacientes.
X3: Competencias Actitudinales.	Correlación de Pearson	1	0.001 (**)
	Sig. (bilateral)		0.872
	N	140	140
Y: Estado de ánimo de pacientes.	Correlación de Pearson	0.001(**)	1
	Sig. (bilateral)	0.872	
	N	140	140

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los datos obtenidos en la investigación muestran una relación estadísticamente significativa de  $r = 0.872$  (**donde  $p: < \text{de } 0,01$** ) y a una probabilidad de certeza del 99%, entre: X3: Competencias Actitudinales (tercera dimensión de la VI) y el Estado de ánimo de pacientes, durante el año 2013. Estos resultados son obtenidos conforme a la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.872$  y un valor  $p = 0.001$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Discusión

En este estudio, en base a los resultados obtenidos mediante la aplicación de los cuestionario, que arrojan un valor  $r = 0.807$  y  $p = 0.000$  (**donde  $p < 0,01$** ), se llega a demostrar una relación estadísticamente significativa entre las Competencias de las enfermeras con el Estado de Ánimo de los pacientes, con una probabilidad de certeza del 99%, tomando en cuenta la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza. De este modo, se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las competencias de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

Resulta muy cierto, que una enfermera que atiende a un enfermo, que es víctima de una afección fatal, debe integrar en su actuación, no sólo los

aspectos biológicos de la enfermedad sino los de índole psicosocial, incluidos sentimientos del paciente y su familia, como también los del personal médico y paramédico. En esta línea, Dugas (1988) afirma, que “la comunicación con el paciente debe ser un proceso continuo ya que aumenta su bienestar y el de su familia. Los profesionales al atender a los pacientes terminales nos resistimos a considerarlos como seres humanos en quienes todos los recursos de la ciencia y la técnica se han agotado, nos parece que es renunciar a nuestra entidad profesional e igualmente nos puede producir sensación de impotencia. La realidad demuestra cómo la mayoría de los procedimientos terapéuticos resultan innecesarios y responden más a nuestras angustias y deseos de actuación.”

Como señalan Tomás-Sábado y Guix (2001), el colectivo de Enfermería que ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, puede presentar actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras reacciones, por el hecho de tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es evidente que estos miedos o inseguridades del personal sanitario dificultarán la atención en el proceso de morir. Así pues, si se pudieran canalizar las conductas o actitudes negativas que genera la muerte, probablemente podría incidir en una mejora de la atención que se presta al enfermo terminal y a su familia que redundaría en un mayor nivel de confort y bienestar.

Por lo tanto, para prestar la mejor atención posible al enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal, así como a sus familiares, es

necesaria una formación y una preparación específica en Enfermería, en lo referente a la muerte, la atención al enfermo terminal a través de los cuidados paliativos, la atención al duelo y la preparación emocional (Witt et al. 2003). Pero esta no es una labor fácil, porque como señalan Bayés et al. (2000), cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible, y por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte. En este sentido, un primer paso en la mejora de la formación de los profesionales de la salud, en general, y de Enfermería, en particular, deberá consistir en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás.

Es muy razonable, que el conocimiento de los aspectos que ayudan o facilitan el deseo de trabajar con el tipo de enfermos terminales, en la actualidad puede configurar los estudios de Enfermería, durante los tres años, y así potenciar y trabajar con estos aspectos, lo que podrá repercutir en un aumento del deseo y en una mejor atención y preparación a la hora de trabajar con enfermos terminales. A este respecto, el afrontamiento a situaciones especialmente delicadas como es el proceso de morir sin una formación específica, puede llevar a una disminución de la calidad asistencial que se proporciona a los pacientes y a sus familias, quienes ya se encuentran pasando por circunstancias difíciles de llevar de una forma serena (Ulla et al. 2001), al mismo tiempo que genera un desgaste emocional en los profesionales sanitarios.

Al identificar algunos problemas de actitud del personal ante reacciones emocionales del paciente como la ira y la hostilidad, en ocasiones no se asume la correcta puesto que se reprime en vez de dejarlo desahogarse; o se le da razón a las expresiones o críticas mal correspondidas en lugar de guardar silencio; esto está dado también por el desconocimiento de las fases de la agonía. Kubler Ross (1994) afirma que en la medida en que el personal de enfermería esté bien preparado, puede percibir los cambios de la conducta y las respuestas emocionales por las que transita el paciente y familia, además va a estar preparado, tener nivel de tolerancia y así brindar una adecuada atención. En ocasiones, lo dejan solo sin estar al tanto de sus acciones que pueden ser autodestructivas, estudios demuestran que en Japón el riesgo de suicidio es elevado en pacientes con cáncer. Una adecuada comunicación y acercamiento al paciente, disminuye ansiedad, depresión y el riesgo al suicidio.

En tanto, los esfuerzos protectores de ocultar la enfermedad y evitar diálogos muy cargados emocionalmente, evitar el contacto y poner excusas constantemente pueden crear sentimientos de abandono y aislamiento emocional (Flores, 1997).

El estudio de Flores Lozano (1997), en pacientes hospitalizados oncológicos arrojó que la inadecuada información del médico y el enfermero puede generar insatisfacción, aproximadamente un 68 % de pacientes se mostraron insatisfechos por falta de información, lo cual tuvo que ver con el difícil afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento.

En este sentido, existen problemas a la hora de transmitir información porque si el paciente preguntara por su pronóstico, casi la mitad de ellos le aseguraría recuperación, lo cual es un error ya que al menos lo que se le diga debe corresponderse con la verdad, sin necesidad de decirle cuánto le queda de vida. Asegurando recuperación del paciente puede perder confiabilidad en nosotros, puesto que cada día notará pérdida de capacidades funcionales y puede que alivie sus dificultades, pero no logrará durabilidad. Además la mayoría manifiestan expresiones inadecuadas, como mantener una postura rígida, no mirar a los ojos al paciente.

En concordancia, Flores Lozano (1997) señala que la verdadera necesidad del paciente terminal es la comunicación, pues aumenta su seguridad, se sentirá más acompañado internamente y no sólo físicamente. Hay que tener en cuenta una adecuada atención psicológica integral, evitar la ansiedad, la depresión y el suicidio en estos pacientes, mejorar la autoestima y amortiguar el impacto emocional de su última enfermedad, así este instrumento psicológico es fundamentalmente para vencer la conspiración del silencio y ayudarlo a morir en paz.

## **5.2. Conclusiones**

1. La principal conclusión a la que se ha llegado en esta investigación es que existe una relación significativa entre la evaluación de las respuestas cognitiva, procedimental y actitudinal de las enfermeras con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital

Arzobispo Loayza, esta conclusión se puede evidenciar porque el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras sobre la atención que se le debe brindar al paciente terminal es bueno pero no es el apropiado o suficiente para brindar una mejor calidad de vida a este tipo de pacientes.

2. Los resultados sobre la Hipótesis Principal, conforme a la tabla N° 31 muestran una relación estadísticamente significativa de  **$r = 0.807$  (donde  $p: < \text{de } 0,01$ )** y a una probabilidad de certeza del 99%, que confirma una relación entre las Competencias de las Enfermeras con el Estado de Ánimo de los pacientes, considerando la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.807$  y un valor  $p = 0.000$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las competencias de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

3. Los resultados sobre la primera Hipótesis Específica, conforme a la tabla N° 32, muestran una relación estadísticamente significativa de  **$r = 0.752$  (donde  $p: < \text{de } 0,01$ )** y a una probabilidad de certeza del 99%, entre: las Competencias Cognitivas (primera dimensión de la VI) y el Estado de

ánimo de los pacientes, considerando la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.752$  y un valor  $p = 0.000$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

4. Los resultados sobre la segunda Hipótesis Específica, conforme a la tabla N° 33, muestran una relación estadísticamente significativa de  $r = 0.918$  (donde  $p: < \text{de } 0,01$ ) y a una probabilidad de certeza del 99%, entre: las Competencias Procedimentales (segunda dimensión de la VI) y el Estado de ánimo de pacientes, durante el año 2013. Estos resultados son obtenidos conforme a la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.918$  y un valor  $p = 0.001$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

5. Los resultados sobre la tercera Hipótesis Específica, conforme a la tabla N° 34, muestran una relación estadísticamente significativa de  $r = 0.872$  (**donde  $p < 0,01$** ) y a una probabilidad de certeza del 99%, entre: Competencias Actitudinales (tercera dimensión de la VI) y el Estado de ánimo de pacientes, durante el año 2013. Estos resultados son obtenidos conforme a la opinión de las enfermeras del Hospital Arzobispo Loayza.

Se obtiene un valor  $r = 0.872$  y un valor  $p = 0.001$  la misma que se halla dentro del valor permitido (0.01) por lo que se acepta la hipótesis afirmativa y se rechaza la hipótesis nula en el sentido siguiente: **“Las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.”**

### 5.3. Recomendaciones

1. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida y atención de enfermería que se le brinda al paciente terminal en el Hospital Arzobispo Loayza, consideramos que es necesario reforzar los aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales de las enfermeras encargadas de atender a este tipo de pacientes. Esto se puede lograr brindando programas de capacitación especializada dirigido hacia las profesionales de enfermería y en este tipo de atenciones especiales, del mismo modo se debe realizar una evaluación permanente de sus actividades, del nivel de

conocimientos especializados sobre atención a pacientes terminales, evaluar también la forma como atienden, las actitudes y aptitudes que tienen en estos casos y que esto sea en forma permanente con la finalidad de mejorar la calidad de vida de esta población a la que atienden.

2. El personal de enfermería que labora en un hospital, cuidando personas enfermas y en ocasiones agónicas, debe aprender a mirar de frente este momento final de la existencia, reconocer las necesidades más inmediatas que de él brotan y proveer desde lo más sincero de nuestra benevolencia profesional, las acciones que hagan menos doloroso este trance para quien fallece y su familia.
3. El personal de enfermería debe brindar un acompañamiento afectivo y psicológico al paciente terminal, tan importante como la medicación que se le administra. Se debería romper la conspiración del silencio y hablar abiertamente de la muerte sin fingir una falsa esperanza cuando no la haya, acompañarlo y disminuir su miedo.
4. El Comité de Bioética deberá tener una participación activa en la asesoría adecuada para la mejor toma de decisiones, deberá procurar que el ideal de la enfermera no puede ser otro que el de persona moralmente buena y a la vez técnicamente diestra en el arte de curar y cuidar a sus pacientes.
5. Se sugiere propiciar a nivel Institucional y en concordancia con el Comité de Bioética la creación de una Comisión de Humanización a diferentes niveles.

6. Se recomienda capacitar al personal de enfermería sobre los cuidados paliativos para así poder mejorar nuestra calidad de cuidado y poder al mismo tiempo ayudar a las personas a hacer más llevadera su enfermedad o propiciar una mejor muerte y/o evitar el dolor y sufrimiento innecesario. Es importante realizar una actualización permanente al personal del servicio y muy específicamente en el ámbito de la Bioética.
7. Se sugiere implementar un equipo multidisciplinario encargado y capacitado para brindar el cuidado paliativo a las personas que necesiten de cuidado paliativo puesto que será necesario un trabajo coordinado y en conjunto para poder aliviar el dolor espiritual y físico.
8. Se debe proponer la Creación de un Área de Cuidados Paliativos que se convierta en el lugar propicio para brindar atención holística y humana al paciente terminal permitiéndole tener calidad de vida y una muerte con dignidad e integrando a la familia en todo momento.
9. Se recomienda seguir la línea de investigación puesto que es un tema de actualidad y las estadísticas demuestran que las enfermedades crónicas y terminales vienen en aumento y por lo tanto es directamente proporcional al aumento de personas con demanda de cuidados paliativos y se requiere una unidad especializada, un equipo de salud capacitado, y el personal de enfermería actualizado y motivado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

### Referencias bibliográficas

1. Astudillo, W., Clavé, E. y Urdaneta E. (2001). Necesidades psicosociales en la terminalidad. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
2. Ausubel, D. (2002). Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva. Barcelona: Paidós.
3. Bayés, R. y Limonero, J. (1999). Aspectos emocionales del proceso de morir. En E.G. Fernández Abascal y F. Palmero (Eds.) Emociones y salud (pp. 265-278). Barcelona: Ariel.
4. Behar, D. (2003). Un buen morir; Encontrando sentido al proceso de muerte.
5. Bunge (1989). Epistemología. México: Siglo 21 editores S.A. de C.V.
6. Cabrera, M. (2009). Actitud del Personal de Enfermería ante la muerte de Pacientes. Asunción: IESA.
7. Campos, V. (2005). La voluntad de vivir. Las preguntas de la Bioética. Barcelona: Editorial Ariel.

8. Cano, A. y Miguel, J. J. (2001). Emociones y salud. Ansiedad y estrés, Barcelona: Ediciones 2000.
9. Carretero, M. (2004). Constructivismo y educación. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.
10. Cornago, A. (2007). El paciente terminal y sus vivencias. Santander: Sal Terrae.
11. Eulalia, L. (2007). Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial, Panamericana.
12. García, A. (2002). Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. México: Editorial Trillas.
13. García, G. (2008). Bioética y muerte: aspectos sociales y éticos. México: Editorial Trillas.
14. Gómez, M. (2005). Morir con dignidad. Madrid: Editorial: Arán Ediciones.
15. González, M. (2007). Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Bogotá: Ed. Médica Panamericana.
16. Hernández-Rojas, G. (1998). Paradigmas en psicología de la educación. México: Paidós.
17. Instituto Nacional de Estadística Informática- INEI. (2009). Población con algún problema de salud crónico y no crónico, según sexo, Lima: INEI.
18. Jaramillo, I. (2001). De cara a la muerte. Colombia. Andrés Bello.
19. Kohl, M. (2004). Pensar la educación: las contribuciones de Vigotsky. En J. A. Castorina, E. Ferreiro, M. Kohl de Oliveira y D. Lerner, Piaget-Vigotsky: contribuciones para replantear el debate (3ra. reimp., pp. 45-68). Buenos Aires: Paidós Educador.

20. Kozier B, Erb G, Oliveri, R. (2002). Enfermería Fundamental. Conceptos, Proceso y Práctica. 4ª ed. Madrid: Mc Graw Hill.
21. Kübler, E. y Kessler, D. (2006). Sobre el duelo y el dolor. México: Editorial Luciérnaga.
22. Limonero, J. (2003). Emocions, estrás i salut. En Joaquim T. Limonero (Ed.). Motivació i emoció (pp. 235-254). Barcelona: UOC.
23. Limonero, J.; Tomás-Sábado, J.; Fernández, J. y Gómez, J. (2004). Influencia de la Inteligencia Emocional Percibida en el estrés laboral de enfermería. Ansiedad y Estrés. Bs. As.: Paidós.
24. Lolas F. (2002). Bioética y medicina. Santiago de Chile: Biblioteca Americana.
25. Lucas, R. (2006). Los Cuidados Paliativos, en Explícame la bioética, Madrid: Ediciones Palabra.
26. Marín, F. (2005). Morir en paz, morir con dignidad, más allá de los cuidados paliativos. *JANO*; 68(1567):42-7.. Bogotá: Mc Grw Hill.
27. Marriner, A. (2008). *Modelos y Teorías de Enfermería*. España. Ed. Mosby.
28. Martínez, K. (2005). La dignidad del paciente terminal, En: Masiá J. editor. *Ser humano, Persona y Dignidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
29. Mencía V., García E., Prieto L. y López C. (2002). Guía para cuidadores de enfermos terminales. Manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos. *Med Paliat.*; 9: 60-64. México: Pax.
30. Organización Mundial De La Salud - OMS. (2007). *Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles*, s.l. Organización Mundial de la Salud. NY: OMS.

31. Pérez, C., Marcelino. (2002). La ética en la formación del Master en Salud Pública. Vol.16, Nº.3. pp. 211-220.
32. Pozo, J. (1996). Teorías cognitivas del aprendizaje (4ta. ed.). Madrid: Morata.
33. Sáez J., Vallés S., Monzó J., y Calatayud AV. (2001). De la teoría a la práctica: medicina paliativa en la atención primaria. Semergen; 27:324-5. Madrid, Morata
34. Schnirer II, Y. (2003). Conference of the Carcinoid- a comprehensive review; Houston Texas. USA. University of Texas
35. Woolfolk, A. (1999). Psicología educativa (7ma. ed.). México: Pearson.

#### **Referencias hemerográficas**

36. Aiquipa, A. (2003). Calidad de atención de Enfermería, según opinión de los pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN. En Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima –Perú.
37. Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España.
38. Barazal, A. (2001). *La educación de enfermería en la Américas*. Rev Enferm Hosp. Italiano; (14): 15.
39. Barroso, Z. y Torres, M. (2001). Fuentes Teóricas de la Enfermería Profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cub Salud Pública. 22(1): 24

40. Bayes R., Limonero J., Romero E. y Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? Revista Medicina Clínica. Madrid, España.
41. Busquets, X. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España.
42. Coleil, R.; Limonero, J. T. y Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. En Investigación en Salud, Vol. V, n°2, 104-112. La Habana: INMS.
43. Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La Inteligencia Emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. Revista de Educación. Madrid: OPLIS.
44. García, J. (2006). Opinión del paciente con cáncer sobre los cuidados de la enfermera en la satisfacción de sus necesidades emocionales y espirituales en el Servicio de Medicina Oncológica del Hospital Belén. Trujillo, Perú.
45. Gómez, M. (2007). No me da miedo la muerte, me da miedo el dolor. Revista INDEX de Enfermería. Granada.
46. Hernández G, González V., Fernández L. y Infante O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. La Habana: Revista Cubana Medicina General Integral.
47. Morales, M. (2004). Calidad de Atención desde la perspectiva del paciente. Tesis; España.

## Referencias electrónicas

48. Aguilera, F. (2012) "Actitud de enfermería frente al paciente terminal". Tesis para la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de: [www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera\\_serpio.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_serpio.pdf)
49. Caldeiro, G. P. (2005). Vigotsky. *Teoría socio histórica*. En *Idoneos.com*. Consultado el 11 de mayo de 2013, Recuperado de <http://vigotsky.idoneos.com/index.php/293538>
50. Castillo, M. (2007). Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal. En *Revista Cubana de Enfermería versión On-line* ISSN 1561-2961. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200002)
51. Coleman T. A, (2003) Rectal adenocarcinoma with germ- cell differentiation pub med- indexed for medline. [cited 2003Dec] . Disponible en: [www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
52. López, C. (2009). Plan de Cuidados Paliativos-Atención a pacientes en la fase final de la vida. Departamento de Salud, Euskad. Visitado el 15 de febrero 2011. Disponible en: <http://www.osasun.eigv.euskadi.net>
53. Montagud, R. (2012). Evaluación neuropsicológica, estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Tesis para optar el grado de Doctor en la Universidad de Valencia. Recuperada de: [digibug.ugr.es/bitstream/10481/19062/1/19884990.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19062/1/19884990.pdf)
54. Navarro (2006). La educación para la salud. Un reto de nuestro tiempo. Madrid: Editorial 2000.



**ANEXOS**



### ANEXO A. Matriz de Consistencia

**TÍTULO:** EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS COGNITIVAS, PROCEDIMENTAL Y ACTITUDINAL DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN AL ESTADO DE ÁNIMO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA. AÑO 2013.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema General.</b> ¿Qué relación existe entre la evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013?</p> <p><b>Problemas Específicos.</b> 1.- ¿De que manera las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013? 2.- ¿De que manera las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013? 3.- ¿De que manera las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la relación entre la evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras y el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.</p> <p><b>Objetivos Específicos.</b> 1.- Identificar si las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013. 2.- Establecer si las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013. 3.- Reconocer si las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el</p>	<p><b>Hipótesis General</b> La evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.</p> <p><b>Hipótesis Específicas.</b> 1.- Las Competencias Cognitivas de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013. 2.- Las Competencias Procedimentales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013. 3.- Las Competencias Actitudinales de las enfermeras se relacionan de manera significativa con el estado de ánimo de los pacientes con enfermedades terminales en el Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.</p>	<p><b>Variable X:</b> Evaluación de las respuestas cognitivas, procedimental y actitudinal de las enfermeras</p> <p><b>Definición operacional:</b> - Competencias Cognitivas - Competencias Procedimentales - Competencias Actitudinales</p> <p><b>Variable Y:</b> Estado de ánimo del paciente.</p> <p><b>Definición operacional.</b> - Animo de Alegría. - Animo de Enojo. - Animo de Tristeza. - Animo de Molestia. - Ánimo de soledad.</p>	<p><b>Tipo:</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño:</b> Correlacional</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo.</p> <p><b>Población:</b> 220 enfermeras del Hospital Loayza.</p> <p><b>Muestra:</b> No Probabilística. 140 enfermeras.</p> <p><b>Técnicas:</b> - Encuesta. - Análisis documental. - El fichaje.</p> <p><b>Instrumentos:</b> - Cuestionario sobre Competencias de las enfermeras. - Cuestionario sobre el Estado de Ánimo. - Libros y revistas. - Fichas.</p>

Hospital Arzobispo Loayza, año 2013?	Hospital Arzobispo Loayza, año 2013.			
--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	--



## 2. Cuestionario sobre el tema de estudio.

### Cuestionario sobre las Competencias de las enfermeras frente el paciente terminal.

El presente cuestionario tiene por finalidad conocer las competencias que desarrollan las enfermeras cuando brindan cuidados a un paciente en etapa terminal. A través de afirmaciones usted tiene opciones que denotaran su grado de mayor o menor adherencia a las mismas. Lea usted con atención y conteste a las preguntas marcando con una "X" en un solo recuadro.

#### Ficha de identificación.

- Edad: \_\_\_\_\_ - Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

- Estado civil: \_\_\_\_\_

Las alternativas son las siguientes:

DA: De Acuerdo

In: Indeciso

ED: En Desacuerdo

Nro		DA	Ind	ED
	A. COMPONENTE COGNITIVO			
1	El profesional enfermero cree que el paciente terminal tiene derecho a solicitar lo que desee.			
2	En la atención del paciente terminal, prevalece que tenga una muerte digna.			
3	Los conocimientos que posee el enfermero ayudan a planificar los cuidados paliativos destinados al paciente terminal			

4	La enfermera permanentemente busca nuevas técnicas de cuidados para brindar a los pacientes terminales una muerte digna.			
5	Los conocimientos adquiridos durante la formación profesional son suficientes para brindar cuidados a pacientes terminales.			
	<b>B. COMPONENTE PROCEDIMENTAL</b>			
6	El brindar cuidados a pacientes terminales es una inclinación natural en mi persona			
7	Atender a pacientes terminales genera malestar en el profesional enfermero			
8	La responsabilidad profesional del enfermero para atender al paciente terminal esta en primer lugar.			
9	El enfermero tiene derecho a rechazar la atención del paciente terminal.			
10	El enfermero debe usar los narcóticos en forma regular y a intervalos fijos tienden a aliviar el dolor.			
	<b>C. COMPONENTE ACTITUDINAL</b>			
11	Manifestar sensibilidad ante el paciente terminal muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de salud			
12	Para no comprometerse emocionalmente con el paciente, es importante mantener un límite afectivo			
13	En el trabajo con pacientes terminales, se hace presente a menudo la carencia de entusiasmo			

	relacionado a la imposibilidad de cura a pesar del esfuerzo profesional.			
14	El brindar cuidados a pacientes terminales genera temor porque se instala en nuestros sentimientos la idea de sufrimiento ante nuestra propia muerte			
15	La experiencia de acompañar permanentemente la agonía del paciente genera inquietud profesional			



### Cuestionario sobre Estados de ánimo de los pacientes.

El presente cuestionario es anónimo con el fin de obtener datos específicos para uso exclusivo de una investigación. Lea usted con atención y conteste a las preguntas marcando con una “X” en un solo recuadro.

Estados de ánimo.	Sí	NO
1. El Siento que me han dado un trato humano dentro del hospital		
2. La higiene dentro del hospital es buena.		
3. Siento que mis seres queridos me apoyan.		
4. No me siento solo (a)		
5. No me siento triste		
6. No me siento enojado (a)		
7. Me siento capaz de realizar algunas actividades que antes solía hacer.		
8. No tengo miedo de lo que pueda pasarme.		
9. No tengo miedo a la muerte.		
10. Me gustaría que dentro del hospital hubiera algún tipo de actividad para distraerme.		