



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
ATIENDE PACIENTES CON CÁNCER EN PROCESO AGÓNICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO)**

P R E S E N T A:

LIC. EN ENF. NICOLÁS SANTIAGO GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS: M. C. E. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS

MÉXICO, D. F., MARZO DE 2009



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
ATIENDE PACIENTES CON CÁNCER EN PROCESO AGÓNICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO)**

P R E S E N T A:

LIC. EN ENF. NICOLÁS SANTIAGO GONZÁLEZ

COMITÉ TUTORAL:

M. C. E. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS

M. PSIC. IRENE LOO MORALES

DRA. SILVIA ALLENDE PÉREZ

MÉXICO, D. F., MARZO DE 2009

AGRADECIMIENTO

A la Dirección General de Estudios de Posgrado ahora Coordinación de Estudios de Posgrado, mi más sincero agradecimiento, ya que gracias al apoyo otorgado para la inversión en mí capital humano tuve las facilidades y recursos para concluir no solo un programa de Maestría, si no, un proyecto de vida que me ha permitido visualizar nuevos horizontes para mi desarrollo profesional y personal.

En muestra de gratitud, me comprometo a representar dignamente a la Universidad Nacional Autónoma de México, seguir edificando mis conocimientos y valores para que con ellos pueda servir a mi nación. De antemano muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

Al Programa de Maestría en Enfermería, coordinado por Mtra. Laura Morán Peña, Mtra. Cristina Mûggenburg Rodríguez, Mtra Rosa Ostiguín Meléndez y Lic. Gema Sticker, gracias por su visión constructivista, por ser las líderes que necesita nuestra profesión, por su dedicación profesional y apoyo en todo esté ciclo.

Maestras y maestros, muchas gracias por que se esmeraron cada día en trasmitirme sus conocimientos, corregirme, guiarme en el camino del conocimiento y brindarme elementos para mi desarrollo profesional.

Mtra. Pilar, gracias por estar conmigo en esas etapas difíciles y ubicarme en el camino, orientarme en todo momento que lo necesite, impulsarme en congresos, y en general por todo el apoyo.

Dra. Silvia, gracias por trasmitirme sus conocimientos los cuales fueron básicos para el desarrollo y sustento de está Tesis, llevándome paso a paso con paciencia, entrega y esmero en cada etapa de manera incondicional.

Mtra. Irene, gracias por predicar con el ejemplo, ayudarme a no despersonalizarme de mi profesión, enseñarme a concluir círculos, estar conmigo trabajando hombro a hombro y sobre todo por compartirme de su experiencia la cual he considerado como una estafeta, ya que inicié una etapa que usted concluye, por supuesto para realizar nuevos proyectos.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN/ ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento y fundamentación del problema	3
1.2 Objetivos	5
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Estado del arte	6
2.2 Marco conceptual	14
2.2.1 Cáncer	14
Definición	14
Etiología	15
Tipos de cáncer	16
Signos y síntomas	17
Aspectos psicosociales del paciente con cáncer	17
2.2.2 Cuidados paliativos del paciente en proceso agónico	18
Proceso agónico del paciente con cáncer	19
Cuidados de enfermería en la agonía	21
2.2.3 Implicaciones emocionales de la enfermera que atiende pacientes con cáncer	25
2.2.4 Teoría de las relaciones interpersonales	26
Qué es la enseñanza experiencial	27
Qué es la experiencia	27

	Página
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de diseño	29
3.2 Escenario	29
3.3 Población	29
3.4 Sujetos de estudio	29
3.5 Muestra	30
3.6 Material e instrumento utilizado	30
3.6.1 Descripción	30
3.6.2 Validez de contenido	31
3.7 Procedimiento de recolección de datos	31
3.8 Análisis estadístico de los datos	32
3.9 Aspectos éticos de la investigación	32
IV. RESULTADOS	34
4. 1 Características demográficas	35
4. 2 Experiencia	40
4. 3 Emociones experimentadas	60
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5 Discusión de resultados	70
5.1 Conclusiones	75
5.2 Propuestas para el personal de enfermería	76

	Página
VI. BIBLIOGRAFÍA	
6.1 Bibliografía consultada	77
6.2 Referencias bibliográficas	78

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Instrumento de medición utilizado	81
2. Consentimiento informado	86
3. Oficios de autorización	87

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

1. Institución en que labora el personal de enfermería encuestado	34
2-a. Servicio laboral	35
2-b. Categoría de adscripción	35
3. Años de estudio relacionados con la profesión de enfermería	36
4. Antigüedad laboral	37
5. Sexo de la población encuestada	38
6. Edad de la población encuestada	39
7. Pacientes con cáncer en proceso agónico tratados en el último año	40
8. Quién le ha informado que el paciente entro en agonía	41
9. Acciones con el paciente en agonía	42
10. Principal intervención al paciente en proceso agónico	43
11. Acciones de enfermería ante un inminente desenlace	44
12. Apoyo en las intervenciones	45
13. Acciones ante la muerte del paciente	46
14. Identifica cuándo inicia el proceso agónico	47
15. Identifica la culminación de la agonía	48

	Página
16. Duración del período agónico	49
17. Síntomas físicos más frecuentes	50
18. Identifica que una persona ha muerto	51
19. Determina la ausencia de vida por	52
20. Consideración de las enfermeras	53
21. Formación profesional	54
22. Emociones principales	55
23. Consideraciones ante la muerte	56
24. Consideraciones sobre el paciente que fallece	57
25. Efecto emocional de la enfermera después de la muerte del paciente	58
26. Consideración sobre la experiencia	59
27. Alto sentido por la vida	60
28. Pérdida de interés en asuntos cotidianos	61
29. Estados de tristeza	62
30. Estados de angustia	63
31. Períodos de llanto	64
32. Sentimientos de paz	65
33. Sentimientos de plenitud	66
34. Cansancio físico	67
35. Cansancio emocional	68
36. Alto sentido por su trabajo	69

RESUMEN

El cáncer es la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afecta a hombres y mujeres de todas edades y niveles socioeconómicos. En las mujeres se presenta con mayor frecuencia cáncer cervico-uterino y de mama, en los hombres de próstata y pulmón, los niños tienden a desarrollar leucemias.

Cáncer, es un término usado para describir muchas enfermedades caracterizadas por una proliferación anormal de células, siendo el carcinoma el tipo más común de todos con cifras hasta del 90%. La carcinogénesis es un proceso asintomático o silencioso en el cual la persona, no siente algún malestar al principio que facilite su diagnóstico, si no hasta cuando ya ha evolucionado a una fase avanzada, debido a que las células cancerígenas no permanecen unidas entre sí porque su membrana carece de puntos de adherencia, lo cual favorece su desplazamiento e invasión a tejidos vecinos, generando una metástasis.

Cuando se diagnostica y clasifica el cáncer se intenta un tratamiento curativo a partir de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía oncológica, cuyo logro radica en mitigar los síntomas, sobre todo el dolor durante la vida del paciente.

El personal de enfermería es el profesional de la salud que pasa más tiempo con el paciente y es responsable de dar un trato digno, cálido y humano, para lograr una calidad de muerte, razón por la cual se estudió en él las experiencias que han tenido las enfermeras en su práctica profesional dentro de instituciones hospitalarias, cuando atienden pacientes con cáncer en proceso de agonía.

La investigación estableció como propósito proponer y validar un instrumento para identificar cuáles son esas experiencias. Motivo por el cual se diseñó este instrumento que fue asesorado y validado por profesionales expertos.

Se realizó un estudio cuantitativo-descriptivo, de tipo transversal.

Escenario: Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (n=52) e Instituto Nacional de Cancerología (n=102), utilizando un muestreo por disposición.

Resultados: Investigación efectuada con enfermeras (N=154), en las áreas de: hematología, oncología quirúrgica y oncología médica. El cuidado es proporcionado principalmente por enfermeras generales y auxiliares de enfermería. EL 20% de ellas ha hecho estudios de enfermería menor a 3 años, con una media de 4.5 años de estudio. En lo referente a años de experiencia profesional se encontró un mínimo de un año y un máximo de 37 años, con una media de 13.7 años. Predomina en el cuidado el género femenino con 91%. En cuanto a la edad, se encontró un mínimo de 20 años, un máximo de 65 y una media de 36.4 años.

Se identificó que a menor grado de formación, mayor grado de intervención con cuidado general o de rutina, y que a menor experiencia atendiendo al paciente con cáncer en proceso agónico mayor dificultad para detectar que su paciente acaba de entrar en agonía.

El 13% de las estudiadas tratan de preservar la vida a toda costa, realizando técnicas de reanimación y soporte para la vida, pudiendo propiciar ensañamiento terapéutico. Las más expertas tienen mayor habilidad para identificar que su paciente cursa sus últimos momentos de vida previo deceso, han observado que la agonía dura un tiempo incierto y no 48 horas aproximadamente como refiere la literatura.

La mayoría se considera capaz de identificar que una persona ha muerto y aunque determinan la hora del deceso deben apegarse a la notificación médica.

Los planes educativos no incluyen esta problemática por tanto acuden a cursos complementarios y aprenden del cuidado de la persona en proceso agónico a través de la praxis diaria.

Ante la incertidumbre que genera la proximidad de la muerte la enfermera presenta sentimientos encontrados como: angustia-indiferencia, valoración de la dimensión de la vida y la salud, contra nulo sentido por la vida, pérdida de interés en asuntos cotidianos, nulo sentido por su trabajo, cansancio físico y emocional.

Conclusiones: Los resultados llevaron a identificar cuáles son las experiencias del personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico, mismas que son semejantes en ambas instituciones estudiadas.

Se encuentran diferencias en comparación con la literatura, sin embargo, aunque se cuenta con validez interna se carece de validez externa para poder generalizar los resultados, debido a que es una muestra no probabilística.

Se observan oportunidades de intervención psico-emocional hacia enfermeras encuestadas quienes presentan problemas emocionales como angustia, depresión o agotamiento laboral.

Palabras clave: experiencia, cáncer, proceso agónico, Enfermería.

ABSTRACT

Cancer is the second worldwide cause of morbidity and mortality; it affects men and women of all ages and socioeconomic levels. In women, most common types of cancer are cervical and breast cancer, whereas prostate and lung cancer in men and leukemia in children are the most frequent.

Cancer is a term used to describe several diseases characterized with an abnormal proliferation of cells. The carcinoma is the most common, with numbers up to 90%. The carcinogenesis is an asymptomatic or silent process in which the person at first does not feel any discomfort that may ease its diagnostic; however unrest appears when it has evolved to an advanced phase as cancerigenous cells do not remain attached due to a lack of adherence points in their membranes. This favors their displacement and invasion to neighboring tissues and generating a metastasis.

When cancer is diagnosed and classified, a curative treatment based in chemotherapy, radiotherapy, hormonotherapy or oncological surgery is attempted; the goal is to mitigate symptoms, especially pain, during the life of the patient.

Infirmary personnel are the health professionals that spend most time with the patient and are responsible to provide an honorable, warm and humane treatment in order to achieve a quality death. Thus, some experiences that these personnel lived during their professional practices in health institutes when dealing with cancer patients in an agony process has been studied.

The research project has the purpose to promote and validate an instrument to identify those experiences. Thus, such instrument was designed and validated by expert professionals.

A transversal quantitative-descriptive study was carried out.

Scenario: Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (n=52) and Instituto Nacional de Cancerología (n=102), using sampling by availability.

Results: Research carried out with nurses (n=154) in areas such as hematology, surgical oncology and medical oncology. The care is principally provided by general nurses and nursing auxiliaries. 20% has studied the discipline less than three years, with an average of 4.5 years of study. In terms of years experience a minimum was of one year and a maximum of 37 years, with an average of 13.7 years. Feminine gender is predominant, with a 91%. With regards to age, the minimum is 20 years, the maximum 65, and an average of 36.4 years.

It was identified that a lesser degree in educative formation resulted in a greater degree of intervention in the general or routine care; also, less experience in taking care of the cancer patient in the agony process resulted in a greater difficulty to detect that the patient was starting the agony.

The 13% of the subjects of study preserve life by all means, employing reanimation and support for life techniques, probably causing therapeutic cruelty. The most experts have a greater ability to identify that their patient is going through his/her last moments of life before death. They have observed that agony lasts during an uncertain time and not approximately 48 hours as referred in literature.

The majority considers themselves capable of identifying that a person has died and although they can determine the time of decease, they should stick to medical notification.

Educative syllabuses do not include this problematic; therefore, nurses have to attend complimentary courses and learn the patient care in an agonic process throughout the dairy practice.

Towards the uncertainty that the proximity to death generates, the nurse shows mixed feelings such as anguish-indifference, value of life and health dimension against a null meaning of life, lack of interest in daily affairs, null meaning of work, and physical and emotional tiredness.

Conclusions: Results permitted to identify which are the experiences of the nursing personnel which take care of patients in an agonic process. They are similar in both institutions which were studied.

There are differences in comparison with the literature; however, although there is an internal validity an external validation is lacking in order to generalize results, since they are based in a non-probabilistic sample.

Psycho-emotional intervention opportunities towards the interviewed nurses, which present emotional problems such as anguish, depression and working weariness, are observed.

Keywords: experience, cancer, agonic process, infirmary.

INTRODUCCIÓN

En México el cáncer es la segunda causa de morbi – mortalidad que afecta física, emocional y socialmente al enfermo y a su familia desde su evolución hasta un estado crítico. En la fase terminal los enfermos son remitidos de los hospitales a su domicilio, en algunas ocasiones sin orientación ni control adecuado de síntomas y en algunas ocasiones con la etiqueta del médico de “ya no hay nada más que hacer”. Existen múltiples reingresos hospitalarios del paciente en este proceso de agonía, y en esta última etapa carecen del apoyo institucional con una atención holística, para amortiguar su sufrimiento fisiológico y psicológico, por las manifestaciones somáticas, farmacológicas y su repercusión en el área psicosocial.

El enfermo terminal en su historia natural de la enfermedad cursará un proceso de agonía cuyo impacto emocional se puede mitigar con la intervención oportuna del profesional de enfermería que tenga la experiencia y conocimiento en la atención de dicho proceso.

En el ser humano con cáncer al cursar la fase de agonía, aumenta el sufrimiento y la frustración para él, la familia e incluso para el personal de enfermería, quien experimenta de diferente manera cada deceso y que al estar expuesta constantemente a estos eventos se incrementa su experiencia. Existen enfermeras que tienen amplia experiencia en la atención al paciente agónico con cuidados paliativos, sin embargo, esta experiencia no ha sido difundida por no tener indicadores concretos para un manejo integral en este proceso, que permitan mejorar la calidad de vida del enfermo y el enfrentamiento a la muerte.

El cuidado de pacientes con cáncer, al personal de enfermería le lleva al afrontamiento de esta fase vital aunado a las etapas de duelo anticipado del enfermo y sus familiares, a veces con miedo, incertidumbre, falta de conocimientos, temor a la muerte y experiencias compartidas de otras enfermeras o profesionales, e incluso con la impotencia de enfrentar la muerte a veces con un proceso de sufrimiento

psicológico y dolor previo, que le afecta emocionalmente o le agota laboralmente (Síndrome de Burnout), generando eventos personales que no se resuelven y que le llevan a reflexionar cómo se puede dar una atención de calidad con respeto a la dignidad humana del paciente con este problema, que está muriendo, que además le permita ser mas eficiente, dar un trato cálido y acorde a una necesidad biopsicosocial y espiritual.

Por medio de un estudio descriptivo realizado en dos instituciones de tercer nivel del sector salud en los servicios de hemato-oncología, cirugía oncológica y oncología médica, con la aplicación de un instrumento estructurado por 30 preguntas cerradas de opción múltiple a una población que cumplió con los criterios de elección se identificaron cuáles son las experiencias del personal de enfermería que atiende pacientes en proceso agónico con cáncer.

En esta investigación se utilizó un instrumento cuya preparación requirió la asesoría de profesionales expertos así como su validación previa antes de aplicarlo.

Los resultados encontrados identifican cuáles son esas experiencias que tiene el personal de enfermería que atiende a estos pacientes, que permite conocerlas, describirlas y elaborar una propuesta para capacitar a la profesionista que atiende estas situaciones en su trabajo.

1.1 Planteamiento y fundamentación del problema.

El cáncer es la segunda causa de morbilidad y mortalidad en México así como a nivel mundial, que afecta a hombres y mujeres de todas edades y niveles socioeconómicos. Las mujeres frecuentemente se ven más afectadas por el cáncer cervico-uterino y de mama, mientras que los hombres padecen cáncer de próstata y pulmón, y los niños tienden a desarrollar leucemias. Cáncer, es un término usado para describir muchas enfermedades caracterizadas por una proliferación anormal de células. Siendo el carcinoma el tipo más común de todos los cánceres con hasta 90%. La carcinogénesis es un proceso asintomático o silencioso en el cual la persona, no siente algún malestar al principio que facilite su diagnóstico, si no hasta cuando ya ha evolucionado a una fase avanzada, debido a que las células cancerígenas no permanecen unidas entre sí porque su membrana carece de puntos de adherencia, lo cual favorece su desplazamiento e invasión a tejidos vecinos produciendo de esta forma una metástasis.

Una vez que ha sido diagnosticado y clasificado el cáncer se intenta un tratamiento curativo a partir de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y cirugía oncológica, cuyo logro radica en la mitigación de síntomas y aumento del tiempo de vida. Cuando se pierde la esperanza en este tipo de manejo debido a la evolución del padecimiento a una fase terminal se intentan los cuidados paliativos así como una intervención en el duelo anticipado, finalmente se cursa por una fase agónica cuya prioridad es favorecer su calidad de vida. El personal de enfermería es el profesional de la salud que pasa más tiempo con el paciente y es el responsable de dar un trato digno, cálido y humano, para lograr también una calidad de muerte.

Si es el profesional de enfermería quien más atiende a pacientes con cáncer en proceso agónico, se debería contar con una amplia gama de experiencias fundamentadas y difundidas, sin embargo, esto no sucede en nuestro contexto. Por tanto en esta investigación se intenta exponer un campo poco estudiado en nuestro país. Existen estudios relacionados en Europa y Estados Unidos, en donde hay

diferencias en el tratamiento y el cuidado de enfermería a los pacientes con cáncer en la etapa de agonía.

De aquí surge la inquietud de estudiar:

¿Cuáles son las experiencias del personal de Enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso de agonía en el área hospitalaria?

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo general.

- Analizar las experiencias del personal de Enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso de agonía.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Describir desde la perspectiva de las enfermeras, el proceso de agonía por el que cursa el paciente con cáncer.
- Diseñar un instrumento que permita analizar las experiencias del personal de Enfermería que atiende al paciente con cáncer durante el proceso de agonía.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del arte.

Anés MJ., y cols. (2001) manifiestan que el objetivo de una unidad de cuidados paliativos, es el ofrecer un cuidado integral de la persona enferma terminal, su familia y su entorno de forma continua y activa.

El estudio hace un abordaje de los principios fundamentales en los cuidados paliativos y justifica los elementos necesarios que requiere el personal de enfermería para atender al paciente con cáncer en fase agónica y así ofrecer un cuidado integral, destacando los siguientes:

- Considerar la enfermedad y la muerte como situaciones naturales relacionadas con la vida.
- Para cuidar hay que tener en cuenta: saber y conocer.
- Querer hacerlo.
- Tener la oportunidad y los medios necesarios.ⁱ

Corrales E. (2005) expresa que cuidar para enfermería en Cuidados Paliativos va más allá de proporcionar asistencia directa a necesidades exclusivamente físicas. Se trata más bien de planificar los cuidados desde la continuidad, flexibilidad y accesibilidad. Es saber estar y acompañar en la vida diaria del enfermo y familia, enseñar a la familia a cuidar, dar soporte desde la escucha, ser sensible y estar pendiente de los detalles que den confort y sentido a su tiempo.ⁱⁱ

El cuidar holísticamente durante el proceso de agonía, el acompañamiento y atención ante las modificaciones producidas por el deterioro progresivo de la vida es parte de las experiencias del personal de enfermería que trascienden la relación enfermera-paciente.

Fernández P. (1998) concluye que el conocimiento de la problemática psicológica que rodea al enfermo oncológico nos ayudará a comprender sus reacciones y a conseguir un reajuste emocional adecuado.ⁱⁱⁱ

Al conocer las principales alteraciones psico-emocionales por las que cursa el paciente oncológico con mal pronóstico, la enfermera cuenta con más elementos para cuidarle mejor en la agonía.

González M. y cols. (2006) clasifican la agonía como una de las fases más delicadas de todo el proceso de la enfermedad neoplásica. En el enfermo con cáncer lo más frecuente es que la muerte llegue después de un continuo y progresivo deterioro físico. En la fase de agonía debemos redefinir nuestros objetivos y dar prioridad al control de los síntomas y al alivio del sufrimiento psicológico, espiritual y emocional del paciente y de la familia. En ocasiones hay síntomas tan intensos, intolerables y devastadores para el enfermo que no responden al tratamiento paliativo habitual; en estos casos puede plantearse la sedación para disminuir la conciencia del paciente como única manera de aliviar el sufrimiento.

A pesar del sentimiento de impotencia que puede generar en el equipo médico, debemos ser conscientes de que nuestros pacientes piden recibir el mejor tratamiento posible para su enfermedad, con comprensión y afecto para ellos y sus familias.^{iv}

Los principales cuidados que debe brindar la enfermera son psicológicos, espirituales y emocionales, mitigando los síntomas para disminuir el impacto emocional.

Gorlat B. y cols. (1999) destacan que el personal de enfermería es quién permanece más en contacto directo y continuo con los pacientes, se convierte en la primera vía de detección de las alteraciones físicas, psíquicas, familiares, económicas, sociales, morales y espirituales que produce la enfermedad oncológica y que repercuten directamente en la calidad de vida tanto del enfermo como de su familia.

El papel de los profesionales de enfermería de oncología exige constantemente responder a nuevas demandas por parte de la población, que deben ser afrontadas desde una visión interdisciplinar y consensuada, como garantía para mejorar los objetivos terapéuticos y de calidad de vida de los enfermos.

Se define la calidad de vida como una forma de cobertura de las necesidades individuales, subjetiva, personal e intransferible, que supone, en su sentido positivo, un bienestar físico y psíquico.

En los resultados de dicho estudio se comprueba la gran importancia de la actuación de enfermería en la evaluación, control y seguimiento de síntomas en el enfermo oncológico, en el que se comprueba que el síntoma clínico más frecuente es el dolor, seguido de la alteración del patrón sueño-descanso, alteraciones de la eliminación, de la movilidad, de la integridad cutánea y del patrón respiratorio.

Se comprueba la importancia de un buen estado nutricional como garantía de una mejor respuesta al tratamiento, y el importante papel que juega la enfermería en ello. Como síntomas psíquicos destacan la alteración de los procesos familiares, del desempeño del rol, alteraciones psicoemocionales, alteración de los procesos sociales, económicos, morales y religiosos, en los que también la enfermería desempeña un papel determinante.

Debido a la compleja sintomatología del enfermo oncológico se plantea como necesaria una estrecha relación del equipo de oncología con las unidades de nutrición, del dolor, de rehabilitación, asistentes sociales y psicólogos, derivación que puede ser realizada por enfermería.

El alto grado de dependencia de los enfermos oncológicos supone una importante repercusión en su calidad de vida, produciendo sobre todo alteraciones psicoemocionales. El apoyo de la familia, amigos y profesionales sanitarios van a ser

determinantes en el estado de ánimo del enfermo, en el afrontamiento y en la respuesta de ese ante la enfermedad.

Enfermería es un colectivo con identidad propia, capaz de realizar una importante labor dentro del equipo, encaminada sobre todo a conseguir la mejor calidad de vida posible de los enfermos oncológicos^v.

Al ser el personal de enfermería quien más tiempo pasa con el paciente, se vuelve un referente directo de él, además de ser el profesional que provee cuidado básico y específico al paciente para favorecer su calidad de vida y de muerte. Lo anterior confirma la importancia de su labor así como su rol imprescindible; factores básicos que incrementan su experiencia.

Griffin J. (2003) destaca que los cuidados en el fin de la vida, la comunicación entre el médico, paciente, y la familia es central para un cuidado completo de pacientes con enfermedad que no es sensible al tratamiento curativo.

Los cuidados en el fin de la vida del paciente con cáncer pulmonar son de tipo sintomático y proporcionados en un momento oportuno y consistente en el ambiente del hospicio, y que trata al paciente y familia en su hogar, lo cual se ha usado cada vez más, y en este momento es el mejor modelo para el cuidado en el fin de la vida.^{vi}

Los cuidados en la agonía son favorecidos con una óptima comunicación, control sintomático, tratando al paciente y su familia en hogar.

Hospital I., (2004) pretende demostrar que las nuevas guías de intervenciones y cuidados realizadas para dicho fin ayudarán al enfermo con cáncer de pulmón a adaptarse mejor a su nueva situación y mitigará las alteraciones que se producen como consecuencia de la quimioterapia para que la expectativa de vida sea de mejor calidad y confort.^{vii}

El profesional de enfermería no influye significativamente en el control de síntomas y aumento de las expectativas de vida, ya que eso compete al médico, sin embargo favorece el afrontamiento con más confort, bienestar físico y emocional, debido al apoyo y control que ejerce el profesional de enfermería durante todo el proceso.

El trabajar nuevas estrategias de intervención realizadas en estudios formales en pacientes que presentan cáncer de pulmón permite a la enfermera enriquecer su visión y experiencia en su cuidado, a la vez que se innovan los protocolos de atención existentes.

Molero MJ., y cols. (1999) proponen cuidados psicológicos con los siguientes objetivos: favorecer un funcionamiento psicológico adecuado, generar habilidades de afrontamiento ante alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, estrés, ira,...), ayudar al individuo a superar los problemas originados por la enfermedad y los tratamientos, favorecer la autonomía del paciente, mejorar relaciones de pareja y familia, informar sobre la ayuda social y preparar al enfermo para la muerte.

Las actividades se basan principalmente en escuchar al paciente, dialogar, programar tareas y aplicar técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, distracción y autocontrol.

Con los cuidados psicosociales a estos pacientes se mejora su calidad de vida y les ayuda en la aceptación de su próximo fin, manteniendo en lo posible el equilibrio emocional.^{viii}

La intervención en el cuidado emocional y psicológico en el enfermo de cáncer con mal pronóstico es básica para enfrentar alteraciones emocionales que desequilibran la personalidad, interviniendo conforme a sus necesidades para favorecer su comprensión y adaptación a la muerte.

Perkin R. (2002) argumenta que la apnea es un proceso de sufrimiento que induce un deceso con sensaciones terribles de ahogo en el paciente agonizante en fase terminal. La duración de la fase de la respiración agónica (abriendo la boca para jalar aire) varía; puede ser tan breve como una o dos respiraciones a un periodo prolongado de minutos duraderos o incluso horas. Abrir la boca para hacer la respiración es muy anormal, fácil de reconocer y distinguir de otros modelos respiratorios y, en el paciente agonizante que ha elegido para no ser resucitado, siempre producirá apnea terminal. Abrir la boca para llevar a cabo la respiración es llamado como la respiración agonal y el nombre es apropiado porque las respiraciones que se hacen abriendo la boca parecen incómodas y causan preocupación por el aumento de sufrimiento del paciente que está en agonía. Existe bastante incertidumbre sobre la influencia de abrir la boca para la respiración en el paciente, en donde es apropiado asumir que las respiraciones agonales son pesadas para los pacientes. Por consiguiente, “la respiración agonal” al final de la vida debe tratarse. La alternativa de cuidados paliativos a está agonía es por medio de una sedación terminal, la cual aún presenta resistencia en ciertos sectores, por tanto ¿es el último respiro necesario?^{ix}

Yabroff KR., (2004) aborda la calidad de los cuidados médicos en el fin de la vida. En donde encuentra que dentro de todos los componentes de cuidado, las actitudes sociales, sistemas de salud, proveedores, pacientes y sus familias, hay barreras significantes para la calidad de cuidado. Algunas de las barreras más críticas para el cuidado óptimo en el fin de la vida son: disponibilidad limitada de fondos, coordinación de la entrega de servicio; comunicación pobre del proveedor y habilidades de diagnóstico; oportunidades limitadas por formarse en cuidado paliativo; los miedos del paciente y actitudes hacia el enfermo, y una falta de, o seguro de salud inadecuado. El paciente, proveedor de cuidados, y sistema de salud señalan que las medidas niveladas de la calidad de cuidado fueron guiadas por metas en el fin de la vida, y enfoca la comunicación sobre el pronóstico, riesgos y beneficios de tratamiento, desarrollo de metas claras del tratamiento e informadas, la

entrega de servicios consistente con metas del tratamiento, y promoción de calidad de vida.

La atención médica que se proporciona a los enfermos con cáncer en etapa avanzada requiere de cuidados paliativos de calidad con confort y calidad de vida y muerte en el final de su vida. Cuya temática hace inferir en las barreras que existen en la atención médica para proporcionarse.^x

Yadgood MC., (2000) destaca los nuevos estándares en el manejo del dolor y la agonía, el cuidado en casa, determinar y asegurar competencia del personal en valoración y manejo de dolor.^{xi}

El vivir con dolor resulta una experiencia desagradable, el morir con dolor en la agonía genera sufrimiento intenso en el paciente, familia e incluso en el personal de enfermería, lo que hace necesario un adecuado control del dolor.

Yates P., (1999) analiza cómo los cuidadores familiares desarrollan y responden a la experiencia de su pariente que está muriendo. En donde concluye que desarrollar la experiencia de morir es un proceso gradual para el cuidador familiar. La incertidumbre y angustia caracterizan este proceso. Varios factores contribuyen a esta incertidumbre y agonía. Los cuidadores familiares intentan manejar este conocimiento de desarrollo esperando, pretendiendo, y preparándose para la muerte.

Implicaciones para la práctica de enfermería: el profesional de enfermería necesita identificar procesos para enseñar al cuidador de la familia, ya que a sus necesidades de información y apoyo se da la prioridad alta, y las intervenciones identificadas son basadas en una comprensión sensible de la experiencia del cuidador familiar. Los procesos pueden incluir ayudar al cuidador familiar para mantener la esperanza, puedan sostener relaciones sociales, y puedan hacer preparaciones para la muerte.^{xii}

La respuesta del cuidador familiar ante su paciente que está muriendo es caracterizada por angustia e incertidumbre ante la muerte, por tanto el personal de enfermería debe cuidarlo, ayudarlo y prepararlo.

En la literatura publicada relacionada con el contexto del paciente con cáncer en proceso agónico, se encuentran relevantes estudios en áreas como son: la visión enfermera para brindar un cuidado integral al enfermo terminal, reflexiones sobre el significado del cuidar en cuidados paliativos, los problemas psicológicos por que cursa el enfermo oncológico con mal pronóstico, los cuidados en la agonía planteando la sedación terminal como medida para aliviar el sufrimiento, se destaca la importancia de la participación del profesional enfermero para mejorar la calidad de vida del enfermo oncológico, los cuidados en el fin de la vida brindados al paciente y a su familia en su hogar, la influencia de los cuidados enfermeros para mejorar las expectativas de vida del enfermo con cáncer, los cuidados psicosociales para mejorar la calidad de vida del enfermo con pronóstico negativo, las barreras que afectan la calidad en el cuidado en el fin de la vida, así como el enfrentamiento de los cuidadores familiares a la experiencia de morir. Sin embargo hasta el momento no se han encontrado estudios que detallen las experiencias del personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico, lo cual le da importancia al estudio.

2.2 Marco conceptual.

2.2.1 Cáncer.

El cáncer es además de una enfermedad terminal un problema de salud mundial que afecta la esfera bio-psico-social y espiritual no solo de quien la padece, sino también de sus más allegados. Debido a que cuando se diagnostica el cáncer surge un enfrentamiento acompañado de una terapéutica ampliamente agresiva (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia), que si no tiene efecto se desencadena una metástasis terminal, la cual es abordada con cuidados paliativos, en donde el profesional de enfermería tiene una destacada intervención en el eje del cuidado. En su evolución de la patología estos pacientes presentarán síntomas asociados a la misma, en la que el cuidado enfermero-paciente es necesario para apoyarlos en el fin de su vida, ya que muchos de ellos llegarán a un proceso de agonía, matizado con un deterioro general que anuncia la inminente muerte, acompañado de un duelo anticipado y que sin duda las enfermeras inmersas en el área oncológica poseen amplia experiencia que debe ser procesada en indicadores de cuidado para una atención integral que favorezca una calidad de muerte.

Definición.

El término cáncer se refiere a una proliferación anormal de células; además se utiliza para describir diferentes enfermedades caracterizadas por un libre crecimiento de células que están fuera de control. El crecimiento celular incontrolado se denomina en general "neoplasia" (nueva formación), puede ser benigna o maligna y favorecer la formación y aparición de un tumor (denominado coloquialmente "bolita"). Cáncer, neoplasia maligna y tumor maligno son procesos que se refieren a lo mismo, o que son sinónimos.

El proceso por el cual se genera una neoplasia se conoce como carcinogénesis, en tanto que los factores que la causan se denominan carcinógenos.

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa caracterizada por:

- a) Aumento de células anormales que derivan de un tejido normal.
- b) Invasión de tejidos adyacentes por células anormales.

- c) Diseminación linfática o hematológica de células malignas a ganglios linfáticos regionales y metástasis, y
- d) Enfermedad neoplásica avanzada.

La influencia de este proceso en el paciente le ocasiona miedo a la muerte, duelo anticipado e inestabilidad social, emocional y familiar.

Cuando el cáncer es diagnosticado en una fase temprana en el paciente, se le realiza un tratamiento activo/ agresivo con una finalidad curativa y de supervivencia. Si en esta fase la enfermedad evoluciona a la etapa terminal se le considera como paliativa y se intenta un manejo específico con la prioridad de proporcionar calidad de vida. En la progresión de la enfermedad oncológica terminal sigue la fase agónica previa a la muerte, en la que se procura brindar además de calidad de vida, calidad de muerte.

Etiología.

No se ha determinado la causa principal, sin embargo se han identificado diversos factores ambientales denominados “carcinógenos”, y que están relacionados con los estilos de vida, por ejemplo:

1. Los trabajadores expuestos a sustancias cancerígenas (p. ej. Industria petroquímica) tienen riesgo de cáncer por origen laboral.
2. El hábito de fumar tiene una relación muy estrecha con el cáncer de pulmón, debido a la inhalación de alquitrán.
3. Una alimentación artificial preparada a base de micro-ondas y una nutrición escasa en fibra, rica en grasas y proteínas, favorece el cáncer gástrico.
4. Una ingesta excesiva de alcohol aumenta el riesgo de neoplasias en boca, laringe, faringe, esófago e hígado.
5. La conducta sexual se encuentra relacionada con el cáncer de útero.
6. La exposición excesiva a rayos solares incrementa el cáncer de piel.

7. Un inadecuado afrontamiento del estrés puede propiciar que la persona se exponga a algún factor carcinógeno. Además la respuesta fisiológica ante el estrés puede aumentar los efectos de una estimulación cancerígena ya existente^{xiii}.

8. Factores genéticos hereditarios, endocrino-metabólicos e inmunológicos, son difícilmente controlables.

Tipos de cáncer.

Según su origen:

Sarcomas: Tumores que se originan en el tejido mesenquimal (hueso, músculo). Cerca del 2% de los cánceres corresponden a esta clasificación.

Carcinomas: Nacen en células epiteliales. Produce de 85 a 90% de todos los cánceres.

Adenocarcinomas: Nacen en las glándulas o tienen patrón de crecimiento glandular.

No todos los canceres producen tumor.

Leucemias: Involucran una alta producción anormal de células blancas de la sangre producidas por la médula ósea. Se clasifican por su proporción de progresión. Las leucemias agudas avanzan muy rápido y causan la muerte en meses, de personas de todas las edades, principalmente niños. Las leucemias crónicas avanzan muy despacio y tienden a afectar a personas adultas. Las leucemias son definidas según el tipo de células que muestren anormalidad, existen 8 tipos generales de leucemias agudas y dos tipos de leucemia crónica, por lo menos.

Según su efecto:

Neoplasia o tumor benigno: Crece a ritmo lento, no invade tejidos aledaños ni produce metástasis. No es probable que crezca nuevamente si es extirpado. Puede bloquear las funciones vasculares y neurológicas esenciales si creciera adjunto al cerebro.

Neoplasia o tumor maligno: Crece rápidamente, invade tejidos normales aledaños y produce metástasis. Las células cancerígenas pueden viajar a través del torrente

sanguíneo o del sistema linfático a otras partes del cuerpo donde ellas crecen y generan un nuevo tumor maligno.

Signos y síntomas.

En la evolución del cáncer existe una etapa preclínica en la que no existen manifestaciones, o también llamada carcinogénesis, el cual es un proceso silencioso en el que la persona no presenta algún síntoma, y una etapa clínica, en la que la enfermedad se manifiesta y entonces el enfermo presenta los síntomas.

La sintomatología depende de los tejidos normales que sean invadidos y comprimidos por el tumor, en consecuencia presentan compromiso funcional. En cualquier caso destacan una serie de síntomas inespecíficos que afectan al sistema inmunológico, como son: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito y fiebre.

Aspectos psicosociales del paciente con cáncer.

Los pacientes presentan diversos problemas psicosociales como son: alteraciones emocionales, efectos de la sintomatología física aunado a efectos colaterales del tratamiento y desequilibrio o ruptura del rol de vida, ya sea laboral, familiar y social. Aunado a esto se presentan factores estresantes como son: amenaza directa a la supervivencia, incertidumbre respecto al curso y pronóstico, cambios en la autoimagen, tratamientos aversivos debido a que los pacientes perciben que siguen enfermando e interrupción de la vida cotidiana por el tratamiento.

La reacción ante el estrés, experimentada por el paciente como desagradable, provoca importantes necesidades de adaptación. Se compone de cuatro características: Incertidumbre, sentimientos negativos, pérdida de control y amenazas a la autoestima^{xiv}.

Ante la enfermedad surgen una serie de respuestas emocionales que se sitúan en un continuo adaptación-desadaptación^{xv}.

- a) Dependencia-independencia. La dependencia será una reacción habitual en las personas enfermas u hospitalizadas. En estos casos, la enfermera suplirá el cuidado.
- b) Esperanza-desesperanza. La esperanza impulsa a actuar, a tolerar situaciones difíciles y a mantener la motivación. Las personas sin esperanza tienen ganas de abandonar las cosas, sienten que no hay nada bueno y no encuentran significado a la vida.
- c) Flexibilidad-rigidez. La capacidad de respuesta al cambio se sitúa en dicho continuo. La dificultad para adaptarse y alterar el propio comportamiento caracteriza la rigidez.
- d) Culpa. Emoción que parece cuando una persona siente que ha hecho algo mal y espera ser castigada.
- e) Ira. Emoción caracterizada por sentimiento de molestia y desagrado.

Estar enfermo significa en menor o mayor medida:^{xvi}

- Estar en situación de debilidad. La enfermedad representa casi siempre sufrimiento, daño corporal y limitación de las capacidades físicas.
- Encontrarse en situación de dependencia con respecto al medio que le rodea, física y moralmente.

2.2.2 Cuidados paliativos del paciente en proceso agónico.

Por lo general, los cuidados implican el alivio de los síntomas y el suministro de apoyo psicológico y social para el paciente y para su familia. Para poder recibir cuidados paliativos la expectativa de vida del paciente debe ser generalmente menor de seis meses. La decisión de buscar cuidados paliativos implica la adopción de un tratamiento no agresivo. Además, la filosofía de esta intervención abarca las necesidades espirituales y culturales de la persona enferma y su familia. El objetivo es brindar paz, bienestar y dignidad a los enfermos terminales.

En 1990, la OMS define los “Cuidados Paliativos” como “El cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas

psicológicos, sociales y espirituales y el conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los mismos son también aplicables juntamente con el tratamiento oncológico en las fases tempranas de la enfermedad”.

El no entender a la muerte como un proceso vital y una condición inexorable e inevitable en todo ser vivo, ha provocado numerosas equivocaciones, que obligan a replantear el paradigma de la lucha contra la muerte, por naturaleza son los pacientes terminales en los que éste encuentra su mejor ámbito y ocasión; pues sin duda al tratar de entenderla se podría facilitar su llegada de manera digna con el menor sufrimiento posible para los enfermos.^{xvii}

Cuando se ha llegado al límite razonable de los recursos terapéuticos con fines curativos, se puede plantear la disyuntiva de aceptar el pronóstico siempre fatal, o de otra manera continuar la lucha por vivir a pesar de saber que ya se ha perdido la batalla. En este contexto coexisten dos planteamientos diametralmente opuestos, por una parte “el desinterés y abandono de los enfermos”, y por otra “el ensañamiento terapéutico”, ambos con numerosos seguidores, propuestas y argumentos que resultan difíciles de entender; los primeros, en un afán utilitarista de ahorro extremo sugieren el no hacer nada; los otros, el máximo esfuerzo empleando sin importar terapéuticas costosas e inútiles, librando una guerra contra la muerte para ganarle tan sólo acaso unas horas o días.

Proceso agónico del paciente con cáncer.

Agonía, se define como el estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente.^{xviii} Agonía significa lucha, debate. El agonizante lucha contra la perspectiva de morir, tiene la muerte en una apariencia inminente.^{xix}

Es evidente que este proceso no se da en todos los pacientes, ya que en algunos casos, la propia enfermedad, o cualquier otro motivo recurrente, podrá ser causante de un problema agudo que provoque una muerte súbita.^{xx}

Esta última fase de la enfermedad, a la que llamamos agonía, es reconocida por numerosos autores como la más profunda y difícil experiencia que cualquier ser humano debe afrontar, provocando un conjunto de situaciones emocionales y psicológicas de gran fuerza y complejidad.

La agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios como sucede en algunos casos de cáncer. En general, durante el mes anterior a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad y el bienestar. Se observa un visible debilitamiento del paciente y para todos resulta evidente que la muerte se aproxima. La agonía también sigue otro curso; a veces, un paciente tratado en el hospital con una terapia agresiva a consecuencia de una enfermedad grave, puede empeorar de repente y sólo se sabe que se está muriendo algunas horas o días antes de fallecer. Sin embargo, es cada vez más común agonizar con una lenta disminución de las capacidades y durante un largo período de tiempo, a veces con episodios de síntomas graves.^{xxi}

Durante el proceso de agonía el cuerpo del paciente presenta una diversidad y variabilidad de signos y síntomas^{xxii}. En algunos casos, el proceso de la agonía es muy prolongado. El comprender los cambios físicos y emocionales mitiga el miedo, la incertidumbre y algunos mitos con respecto a la muerte.

Los síntomas más comunes en la fase agónica son:

Cambios en la forma de respirar, puede presentarse apnea, o jalar aire con la boca abierta.

- Presencia de estertores (respiración ruidosa debido a las secreciones en tracto respiratorio que no se pueden eliminar).
- La piel suele tornarse más pálida, azulada, moteada o manchada. Estos cambios se deben a la disminución de oxígeno y de la circulación en general.

- Deterioro evidente y progresivo del estado físico, con disminución del nivel de conciencia, desorientación y trastornos de la comunicación, que pueden agravarse progresivamente hasta la situación de coma.
- Dificultad o incapacidad de ingesta, provocada por la debilidad y la disminución del estado de conciencia.
- Alteración de los esfínteres, sobre todo en los pacientes tratados con psicotrópicos.
- Síntomas psico-emocionales variables, como angustia, agitación, crisis de miedo o pánico, manifestados verbalmente o no, según su estado.
- Necesidad de estar acompañado por sus seres queridos.

Durante esta etapa los cuidados de enfermería en el paciente terminal en fase agónica son de tipo sintomático y tengamos siempre presente: el principio de confort como objetivo básico.

Cuidados de enfermería en la agonía.

En esta etapa final de la agonía, está presente un deterioro muy importante del estado general^{xxiii}, que es indicador de una muerte inminente (horas, pocos días), se acompaña de disminución del nivel de conciencia de las funciones superiores intelectivas. Una característica fundamental de esta situación es el gran impacto emocional que provoca en la familia y el equipo terapéutico, que da lugar a una crisis de claudicación emocional. Es básica su prevención y, en caso de que aparezca, disponer de los recursos adecuados para resolverlas. En estos momentos reaparecen aquella serie de interrogantes y el miedo a ¿Cómo será la muerte?, ¿Tendrá convulsiones?, ¿Sangrará?, ¿Vomitará?, ¿Se ahogará?, ¿Cómo reconoceré que ha muerto?, ¿Qué tengo que hacer entonces?, etc.

En ocasiones es la primera vez que la familia del enfermo se enfrenta a la muerte, por lo que necesariamente se tiene que individualizar la atención en cada situación.

Indicaciones en la atención de la persona agónica:

- Atención o cuidados generales con instrucciones de cómo atender al paciente encamado haciendo hincapié en los cambios posturales, cómo cambiar la ropa de la cama, cuidados de la boca y de la piel, protecciones de úlceras, etc. Es importante conocer la posición más confortable para el enfermo (decúbito lateral con piernas flexionadas), ya que disminuye la respiración estertorosa, facilita los cuidados de la piel, la aplicación en su caso de medicación por vía rectal, y los cuidados de la incontinencia vesical que en enfermos débiles pero conscientes puede provocar angustia por su significado, se tolera mejor el sondeo. No es necesario un tratamiento específico de la fiebre si no crea problemas.
- La falta de ingesta es una consecuencia y no una causa de la situación, los cuidados de la boca son necesarios y no hay sensación de sed, la aplicación de medidas más agresivas (sonda naso-gástrica, sueros) no mejorará la situación.
- Instrucciones concretas (fármacos a administrar, consulta telefónica, etc.) por si entra en coma, tiene vómitos o hemorragia, etc. La aparición de estos problemas puede provocar fácilmente una crisis de claudicación emocional de la familia que acabará con el enfermo agónico en un servicio de urgencias.
- Adecuación del tratamiento farmacológico, evitando aquellos fármacos que no tengan una utilidad inmediata en esta situación (anti-inflamatorios, corticoides, etc.) y se recomienda adecuar la vía de administración que seguirá siendo oral mientras sea posible. Es importante tener vías alternativas de fácil acceso como la subcutánea (morfina, haloperidol, escopolamina) o rectal (morfina, diazepam, ciorpromacina). En la mayoría de casos se utiliza la vía oral hasta pocos días u horas antes de la muerte y conviene no prescindir del uso de narcóticos potentes aunque entre en coma.
- Manejo de la respiración estertorosa es de utilidad fundamentalmente para disminuir la ansiedad de la familia. Ante crisis de agitación o confusión, además

de una presencia reconfortante, podemos administrar haloperidol (oral o subcutáneo) o diazepam (oral, sublingual o subcutáneo) o ciorpromacina (oral).

- No se debe olvidar que el enfermo, aunque obnubilado, somnoliento o desorientado también tiene percepciones, por lo que hemos de hablar con él y preguntarle sobre su confort o problemas (¿descansa bien?, ¿tiene alguna duda?, ¿qué cosas le preocupan?) y cuidar mucho la comunicación no verbal (tacto) dando instrucciones a la familia en este sentido. Se debe instruir a la familia para que eviten comentarios inapropiados en presencia del paciente.
- Las necesidades espirituales del enfermo y su familia deben ser abordadas si es posible (contactar con el sacerdote, etc.).

Declaración de posición sobre la función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias^{xxiv}.

Las enfermeras están preparadas para ofrecer cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias. Aliviar el dolor y el sufrimiento es su responsabilidad. Las enfermeras están formadas como expertas para disminuir el dolor, prestar cuidados paliativos y ayudar a las personas a tratar a los moribundos, el dolor y la muerte. El Consejo Internacional de Enfermeras, mantiene que las enfermeras son miembros clave de los equipos multidisciplinares que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias. Además apoya a las asociaciones nacionales de enfermeras en sus esfuerzos encaminados a:

- Defender la participación de las enfermeras en los planteamientos multidisciplinares de los cuidados administrados a los pacientes moribundos y a sus familias.
- Promover la integración en el plan de estudios básico y posbásico de enfermería, las capacidades de evaluación y tratamiento del dolor, el respeto por los valores culturales, el derecho de los pacientes moribundos a tomar decisiones

informadas, con inclusión del derecho a optar por recibir el tratamiento o rechazarlo, y el derecho a una muerte digna.

- Prestar apoyo a las enfermeras que se ocupan de problemas de atención complejos relacionados con la muerte y los moribundos.
- Apoyar a las enfermeras para que presten cuidados paliativos a las personas en la fase final de la vida, respeten las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo, aborden las necesidades de los miembros de las familias que se encuentren en instituciones de salud, contextos hospitalarios, casas de salud, casas de convalecencia y otros lugares en que se brinden cuidados terminales.
- Promover la atención de enfermería que respete los principios éticos y culturales y la legislación nacional de enfermería.
- Fomentar la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación, relacionados con los problemas de la muerte y los moribundos, con inclusión de los cuidados a esos pacientes y a sus familias.

Las personas moribundas y sus familias tienen creencias y valores culturales que les son propios, y las enfermeras deben brindar cuidados que sean sensibles a la cultura, totales y que respeten las creencias espirituales y religiosas. Un entorno solícito y positivo que reconozca que la muerte es inevitable ayuda a los miembros de la familia a aceptar y asimilar la pérdida y el dolor.

La función de las enfermeras y demás profesionales de la atención de salud al prestar cuidados a los pacientes moribundos sigue siendo objeto de debate y las enfermeras deben conocer las cuestiones y la legislación actual relacionados con los problemas de la fase final de la vida.

La calidad de la atención durante la fase final de la vida contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna y reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida.

2.2.3 Implicaciones emocionales de la enfermera que atiende pacientes con cáncer.

Estrés laboral.

Un factor de riesgo a la salud mental del personal de enfermería es el agotamiento laboral o síndrome de burn-out (estar quemado), afectando la calidad del cuidado para atender las necesidades psicosociales del paciente y su familia.

Las áreas clínicas donde la muerte es frecuente aumenta los niveles de estrés en la enfermera, ya que le genera una alta demanda de cuidado profesional enfermero.

Las enfermeras se enfrentan a estas situaciones sin prepararse para manejar estos eventos, en consecuencia se disminuyen las respuestas a sus necesidades emocionales y en muchos de los casos sin estrategias positivas de afrontamiento.

Dentro de los agentes causales del estrés laboral para la enfermera se encuentran:

1. Falta de formación académica.
2. Eventos previos no afrontados.
3. Temor a cometer errores.
4. Falta de experiencia.
5. Sobrecarga laboral.
6. Déficit de personal.
7. Pobre comunicación entre el equipo.
8. Frecuencia de urgencias paliativas.
9. Agonías prolongadas.
10. Escasez de recursos materiales.
11. Sentimientos de pérdida, entre otros.

El estrés es una situación inherente al quehacer enfermero que requiere de trabajo personal y profesional para favorecer el equilibrio emocional. Transformando el estrés en un reactor de madurez personal, superación profesional, fortalecimiento de las redes de apoyo y amplio soporte emocional al paciente agonizante.

¿Cómo identifica la muerte el personal de enfermería?

La mayor frecuencia es por la ausencia de constantes vitales, midriasis, relajación de esfínteres y apoyo de monitor cardíaco.

Esta identificación depende mucho de la experiencia que tenga la enfermera de este evento, y la madurez para enfrentarlo y poder ser eficaz, dar soporte emocional al paciente terminal y su familia.

Acciones de enfermería.

Es importante realizar una valoración adecuada de:

1. Percepción de la persona sobre sí misma.
2. Recursos de afrontamiento de los que dispone:
 - a) Recursos de salud y energía.
 - b) Habilidades sociales y de resolución de problemas.
 - c) Soportes sociales.
 - d) Recursos económicos.
 - e) Recursos personales.
 - f) Experiencias individuales.
3. Valorar si el paciente se siente capacitado para superar el problema.
4. Valorar los signos físicos y emocionales del estrés.

Intervención de enfermería.

Identificación de los estresores.

Eliminar o reducir los estresores.

Desarrollo de mecanismos efectivos.

2.2.4 Teoría de las relaciones interpersonales.

Los elementos cruciales en las situaciones de cuidados son obviamente la enfermera, el paciente y lo que ocurre entre ellos.

Tanto la enfermera como el paciente son personas humanas con todas las experiencias característicamente humanas se producen intrapersonalmente en cada uno de nosotros (pensamientos, sentimientos y acciones). La interacción de los

pensamientos, sentimientos y acciones de las enfermeras y los pacientes constituye el centro de lo que ocurre entre ellos.

El término relaciones interpersonales puede cambiarse por relaciones humanas, interacción social, para referirse a las relaciones entre las personas en una situación determinada.

Las relaciones interpersonales constituyen un cuerpo de conocimiento científico en desarrollo, que puede emplearse para proporcionar un sentido a las observaciones y guiar las intervenciones. El conocimiento está relacionado con los fenómenos observables que se producen en la interacción entre dos o más personas. Una relación enfermera-paciente es un tipo específico de interacción que puede experimentarse, observarse, interpretarse y regularse de acuerdo con teorías útiles. Existe un considerable interés por comprender las relaciones enfermera-paciente, de forma que la participación de la enfermera en ellas sea más significativa y útil para conseguir la colaboración del paciente^{xxv}.

Qué es la enseñanza experiencial.

“Aprender por experiencia“ es una frase ampliamente utilizada. Sugiere que la experiencia de la persona pueda usarse para favorecer su aprendizaje. Es necesario, por consiguiente, entender esta frase para comprender el uso del concepto de experiencia, y conocer los métodos de enseñanza que puedan usarse a fin de favorecer el aprendizaje por medio de la experiencia.

La enseñanza experiencial es una función importante realizada por las enfermeras en su trabajo con los pacientes. La comprensión de este método de enseñanza facilitará la enseñanza sanitaria en todos los tipos y situaciones de enfermería^{xxvi}.

Qué es la experiencia.

Experiencia es todo aquello que se ha vivido o que le ha ocurrido a alguien. Es la percepción interna que una persona tiene de los acontecimientos en que ha participado. Consiste en “relaciones sentidas” (las conexiones que una persona siente en relación con un acontecimiento) o las deducciones que saca. Esto es, por

ejemplo las deducciones que realizan las enfermeras en una relación con un paciente.

Cuando la enseñanza experiencial es el método utilizado en la educación de enfermería, las enfermeras identifican y describen lo que se ve, siente, piensa o realiza en una situación con un paciente, o lo que se ha notado respecto al paciente. La enseñanza experiencial ayuda a los estudiantes a organizar el significado de las experiencias en las situaciones clínicas y consta de tres componentes: a) lo que las enfermeras o las estudiantes han experimentado, tal y como se ha descrito; b) lo que es aprendido o el significado de esta experiencia, y c) el proceso de instrucción.

Sabiéndolo o sin saberlo, las enfermeras realizan deducciones (asignan significados a lo que experimentan) y éstas forman parte y son una parcela del significado ante el cual ellas responden^{xxvii}.

El objetivo de este estudio es conocer cuáles son las experiencias del personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico, razón por la cual el definir experiencia y su relación con el proceso agónico tomará la comprensión de este concepto en la aplicación de esta investigación.

.

.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de diseño.

Enfoque cuantitativo, el tipo de estudio es descriptivo.

De tipo Transversal o transeccional. Se recolectaron datos en un tiempo único. Con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Diseño transeccional descriptivo. Se indagaron y describieron las experiencias del personal de enfermería en la atención del paciente con cáncer en proceso agónico.

3.2 Escenario.

El estudio se realizó en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE y en el Instituto Nacional de Cancerología. Ambas son instituciones de salud de tercer nivel, localizadas en la Ciudad de México.

3.3 Población.

Personal de Enfermería que laboró en los servicios de Hemato-oncología, cirugía oncológica y oncología médica, de dichas instituciones en el período de noviembre de 2007 a febrero de 2008.

3.4 Sujetos de estudio.

Personal de Enfermería que atiende pacientes hospitalizados con cáncer en proceso de agonía en el período señalado.

Criterios de inclusión:

Personal de enfermería que haya estado laborando en el área clínica y haya atendido por más de un año a pacientes con cáncer en proceso agónico.

Con formación académica en enfermería de cualquier nivel (auxiliar de enfermería, enfermería general, especialista y Licenciatura en Enfermería).

Cualquier categoría del área clínica.

Género masculino y femenino de todas las edades.

Que contesten completamente el instrumento.

Criterios de exclusión:

Personal de enfermería asignado a áreas administrativas.

Enfermeras que actualmente estén atendiendo la Unidad de Cuidados Intensivos.

3.5 Muestra.

Muestra no probabilística o dirigida.

La elección de los elementos no depende de criterios de selección aleatoria, sino de criterios como elección de casos representativos, personal de enfermería en activo al momento del estudio y que labore en servicios equivalentes en ambas instituciones.

El cuestionario se aplicó en los tres turnos (Matutino, vespertino y nocturnos A y B), en los servicios de Hemato-oncología, cirugía oncológica y oncología médica, de dichas instituciones.

60 sujetos de estudio que se encontraron adscritos al ISSSTE, en tanto que para el Instituto Nacional de Cancerología fueron 150 sujetos.

Selección de la Muestra (n): por disposición. Ya que los días de descanso, vacaciones, licencias médicas, becas, negación a participar, etc. disminuyen la muestra.

3.6 Material e instrumento utilizado.

Se utilizó el instrumento de medición titulado: "Cuestionario de experiencias del personal de enfermería en la atención del paciente con cáncer en proceso agónico" (anexo 1).

3.6.1 Descripción.

Es un cuestionario autoadministrado en contexto individual, que consta de preguntas cerradas, no hay respuestas correctas e incorrectas ya que intentan reflejar la experiencia, así mismo en algunos casos se puede seleccionar más de una respuesta.

Cabe mencionar que el instrumento se elaboró con base a la literatura de la enfermería oncológica que describe los cuidados que se deben proporcionar a los pacientes con cáncer en etapa terminal; a partir de que se identificó la carencia de un instrumento que evaluara las experiencias de este personal en nuestro contexto. Su elaboración requirió la asesoría de profesionales expertos así como su validación previa antes de aplicarlo.

3.6.2 Validez de contenido.

El instrumento se sometió a jueceo de enfermeras expertas del Hospital de Oncología del IMSS Siglo XXI, y se piloteó en el departamento de Oncología del Hospital Juárez de México.

No fue posible aplicar alguna prueba estadística, debido a que unas preguntas pueden ser respondidas con más de dos opciones, siendo pocas las que tienen una respuesta discriminatoria.

Fue sometido a revisión por el Comité Científico y por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Cancerología, mismos que aprobaron su ejecución (se anexan oficios de autorización).

No ha sido posible comparar este instrumento con cuestionarios ya validados para tal fin, debido a que hasta el momento no se ha encontrado alguno, tanto en bases de datos de revistas de enfermería (CUIDEN plus, Biblioteca Virtual en Salud, MEDLINE, CINALH y LILACS), como en meta-buscadores de Internet.

3.7 Procedimiento de recolección de datos.

El instrumento se aplicó a enfermeras del ISSSTE Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en los tres turnos (Matutino, vespertino y nocturnos A y B), en aproximadamente 6 días hábiles, en los servicios de Hemato-oncología, cirugía oncológica y oncología médica.

Con la presencia del investigador para que el personal de enfermería resolviera los cuestionarios, con el fin de aclarar dudas y corroborar uno por uno que los instrumentos estuvieran completamente respondidos.

Posteriormente se aplicó el mismo cuestionario en el Instituto Nacional de Cancerología, en áreas y turnos afines, para poder conocer las experiencias de las enfermeras que integran el contexto del cuidado al paciente en proceso agónico con cáncer.

3.8 Análisis estadístico de los datos.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10, para analizar los resultados de los datos a través de tablas de frecuencia y porcentajes.

3.9 Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación se encuentra sujeta a las consideraciones éticas descritas en el Código para Enfermeras y Enfermeros de México, en las que se aplican principios éticos genéricos, mismos que son necesarios para el apego de todas las intervenciones que rigen el quehacer de enfermería, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de las personas.

El uso de la información obtenida se manejó de forma anónima y confidencial, con el fin de evitar exhibir a alguna enfermera o enfermero. Los resultados obtenidos fueron manejados con profesionalismo y cuidado de la imagen institucional.

Se destacan los principios éticos:

No maleficencia. Prevenir o eliminar el daño cuando sea posible; en este caso no se realizarán intervenciones de enfermería, solo se aplicará el instrumento.

Beneficencia. Proporcionar beneficios a los participantes, equilibrar beneficio y daño; considerar cómo se ayudará al encuestado en caso de detectar alguna problemática.

Justicia. Tratar a todas las personas con la misma consideración, sin hacer discriminaciones por algún motivo, no solo de raza o ideología, sino tampoco por razones de edad, inteligencia, nivel sociocultural, comportamiento, etc.

Autonomía. La prioridad en la toma de decisiones sobre el instrumento es la del encuestado, quien decide lo que es conveniente para él, durante dicho proceso.

Se emplea consentimiento informado (anexo 2).

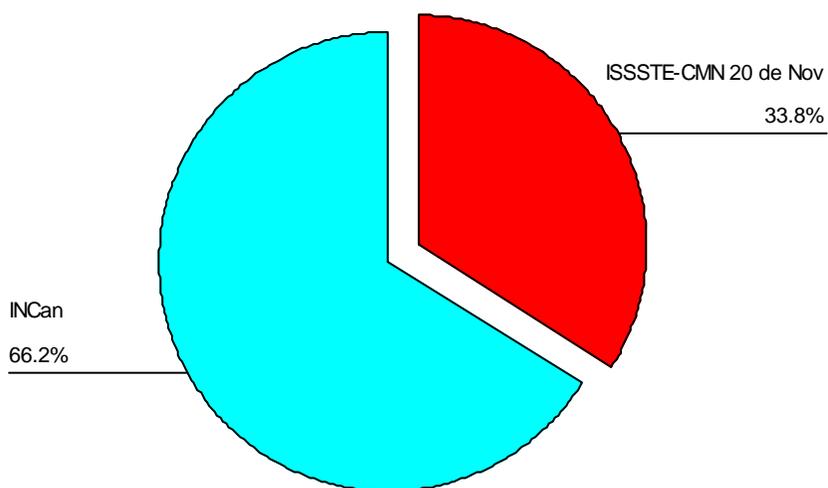
IV. RESULTADOS

Cuadro 1. Institución en que labora el personal de Enfermería encuestado

	Frecuencia	Porcentaje %
ISSSTE-Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	52	33.8
Instituto Nacional de Cancerología	102	66.2
Total (n)	154	100.0

Fuente: Cuestionario de experiencias del personal de enfermería en la atención del paciente con cáncer en proceso agónico.

Gráfica 1. Institución en que labora



Se tiene una n=154, equivalente al 100% de la población encuestada. La muestra es mayor en el Instituto Nacional de Cancerología debido a que atiende exclusivamente a pacientes afectados por cáncer de cualquier tipo.

4.1 Características demográficas

Cuadro 2-a. Servicio laboral

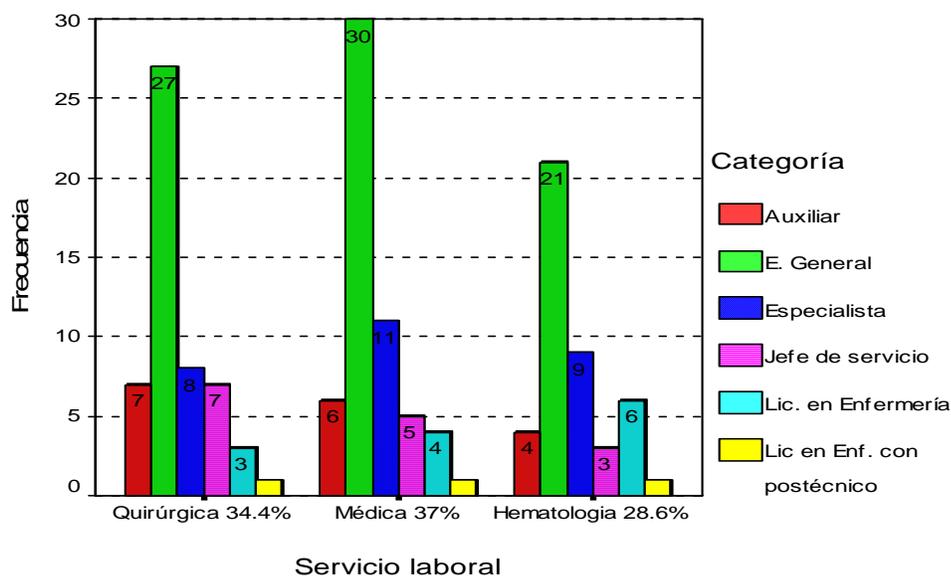
	Frecuencia	Porcentaje
Oncología quirúrgica	53	34.4
Oncología médica	57	37.0
Oncología hematológica	44	28.6
Total (n)	154	100.0

Cuadro 2-b. Categoría de adscripción

	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar de enfermería	17	11.0
Enfermera general	78	50.6
Enfermera especialista	28	18.2
Enfermera jefe de servicio	15	9.7
Lic. en Enfermería	13	8.4
Lic en Enf. con postécnico o posgrado	3	1.9
Total (n)	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 2. Servicio y categoría de adscripción.



En la muestra seleccionada la atención que se brinda al paciente con cáncer en proceso agónico se proporciona mayormente en el servicio de oncología médica, ya

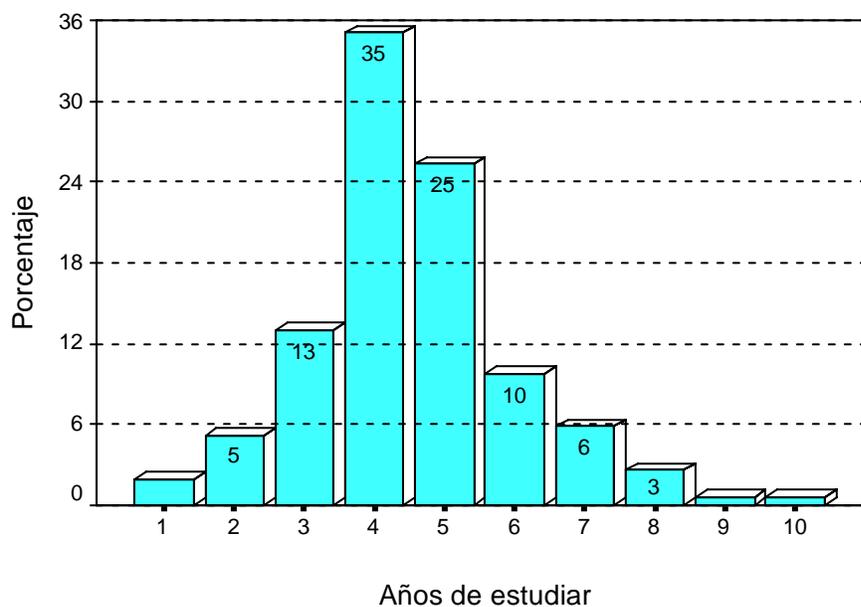
que es aquí en donde se atiende a la persona en fase terminal, y el cuidado es proporcionado principalmente por enfermeras (os) generales.

Cuadro 3. Años de estudio relacionados con la profesión de Enfermería

Años	Frecuencia	Porcentaje
1	3	1.9
2	8	5.2
3	20	13.0
4	54	35.1
5	39	25.3
6	15	9.7
7	9	5.8
8	4	2.6
9	1	.6
10	1	.6
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 3. A partir de que empezó a estudiar la profesión de enfermería ¿cuántos años ha estudiado?



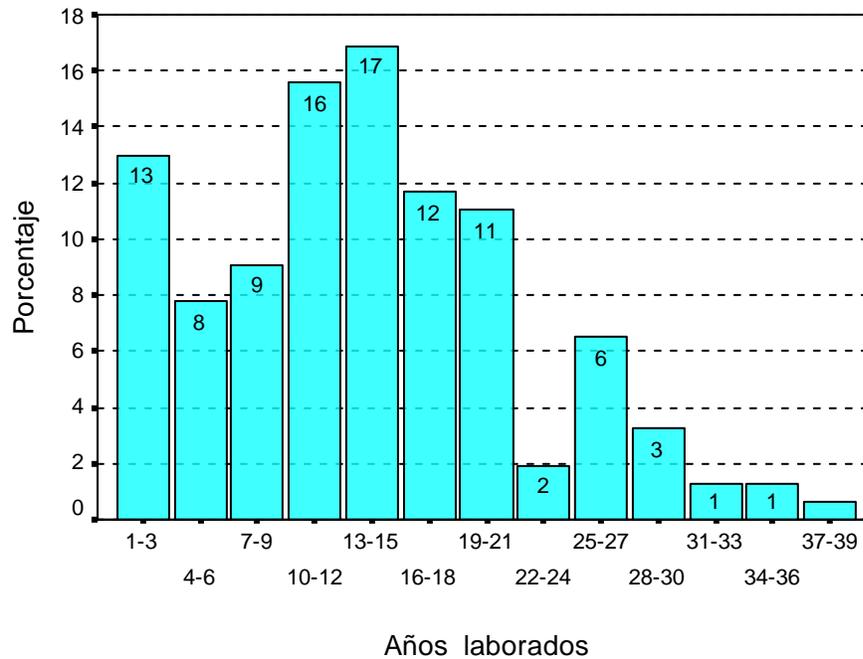
El personal de enfermería encuestado que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico ha estudiado una media de 4.5 años, sin embargo el 19% ha estudiado menos de 3 años para brindar cuidado de especialidad.

Cuadro 4. Antigüedad laboral

Años	Frecuencia	Porcentaje
1-3	20	13.0
4-6	12	7.8
7-9	14	9.1
10-12	24	15.6
13-15	26	16.8
16-18	18	11.7
19-21	17	11.1
22-24	3	1.9
25-27	10	6.5
28-30	5	3.3
31-33	2	1.3
34-36	2	1.3
+37	1	.6
Total (n)	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 4. Antigüedad laboral



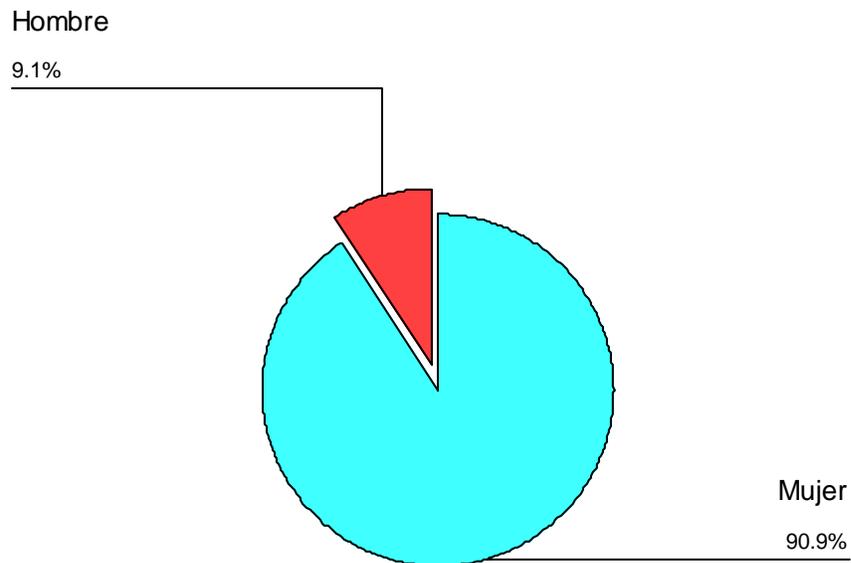
El personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico tiene una experiencia media de 13.7 años, en tanto que el 13% posee menos de 3 años de antigüedad laboral.

Cuadro 5. Sexo de la población encuestada

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	140	90.9%
Hombre	14	9.1%
Total (n)	154	100.0%

Misma fuente

Gráfica 5. Sexo de la población encuestada

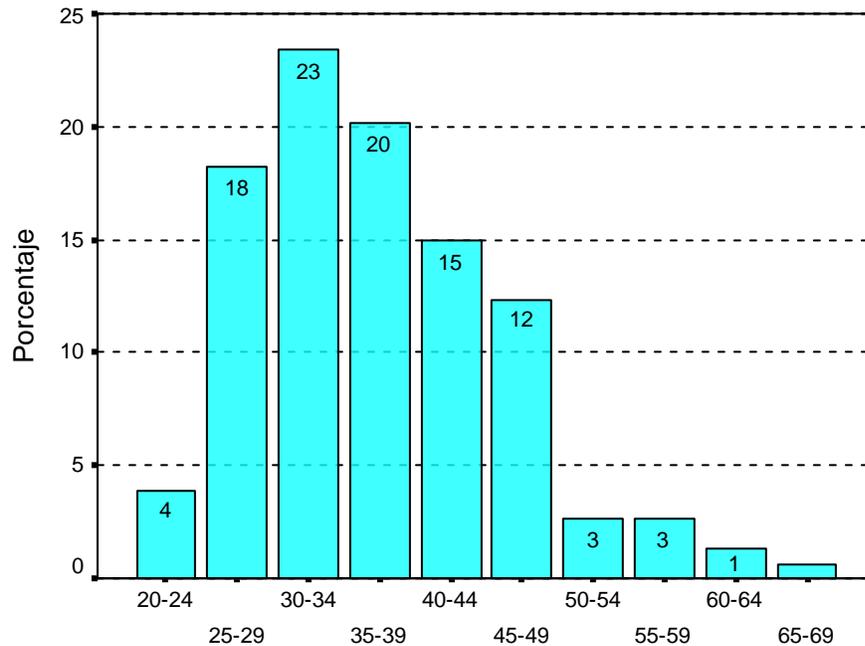


Se encuentra y reafirma que los cuidados al paciente con cáncer en proceso agónico son brindados en su mayoría por mujeres enfermeras.

Cuadro 6. Edad de la población encuestada

Años	Frecuencia	Porcentaje
20-24	6	3.8
25-29	28	18.0
30-34	36	23.3
35-39	31	20.0
40-44	23	14.9
45-49	19	12.2
50-54	4	2.5
55-59	4	2.4
60-64	2	1.3
65	1	.6
Total (n)	154	100.0

Misma fuente



Gráfica 6. Edad de la población encuestada

Se encuentra que el personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico tiene una edad media de 36.4 años, 2% son adultos mayores.

4. 2 Experiencia

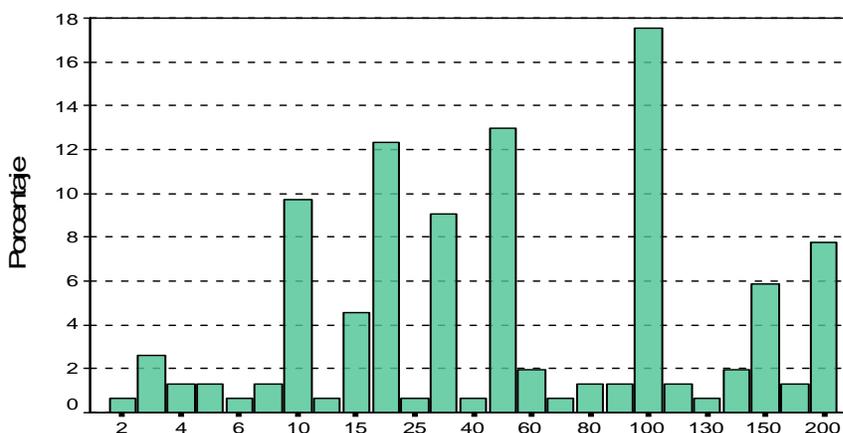
1. ¿Cuántos pacientes con cáncer en proceso agónico ha tratado en el último año?

Cuadro 7. Pacientes en proceso agónico tratados en el último año

Pacientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2	1	.6	.6
3	4	2.6	3.2
4	2	1.3	4.5
5	2	1.3	5.8
6	1	.6	6.5
8	2	1.3	7.8
10	15	9.7	17.5
12	1	.6	18.2
15	7	4.5	22.7
20	19	12.3	35.1
25	1	.6	35.7
30	14	9.1	44.8
40	1	.6	45.5
50	20	13.0	58.4
60	3	1.9	60.4
70	1	.6	61.0
80	2	1.3	62.3
90	2	1.3	63.6
100	27	17.5	81.2
120	2	1.3	82.5
130	1	.6	83.1
140	3	1.9	85.1
150	9	5.8	90.9
160	2	1.3	92.2
200	12	7.8	100.0
Total	154	100.0	

Misma fuente

Gráfica 7.



Pacientes en proceso agónico tratados en el último año

El personal de enfermería ha atendido una media de 67 pacientes con cáncer en proceso agónico en el último año. Aunque el 17.5% refleja menor participación, ya que ha tratado a menos de 10 pacientes.

2. En su experiencia en la atención de pacientes en proceso agónico ¿Quién le ha informado que el paciente acaba de entrar en agonía?

Cuadro 8. Quién le ha informado que el paciente entro en agonía

	Frecuencia	Porcentaje
Otra enfermera (o)	25	16.2
El médico	56	36.4
Se dio cuenta por sí misma (o)	70	45.5
El familiar	3	1.9
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 8.

Quién le ha informado que el paciente entro en agonía



Al estar en contacto directo con el paciente la enfermera tiene la experiencia de darse cuenta por sí misma que el paciente ha entrado en agonía. También se observa que al 18% de las enfermeras tanto el familiar como otra enfermera les informaron que el paciente está en etapa agónica.

3. Como enfermera (o) ¿Qué es lo que usted ha hecho ante un paciente que se encuentra en proceso agónico?

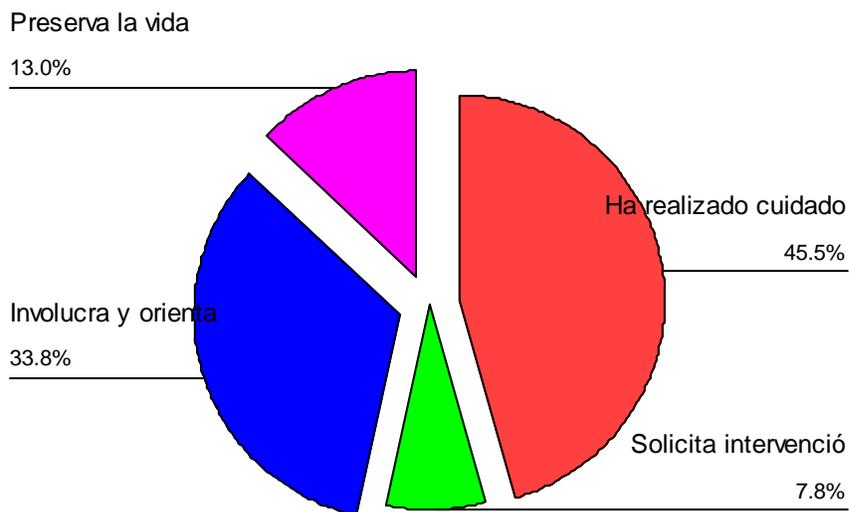
Cuadro 9. Acción más común con el paciente en agonía

	Frecuencia	Porcentaje
1. Ha realizado los cuidados de enfermería de rutina	70	45.5
2. Solicita intervención psicosocial	12	7.8
3. Involucra y orienta a los familiares	52	33.8
4. Preserva la vida a toda costa	20	13.0
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 9

Acción más común con el paciente en agonía



El personal de enfermería ha brindado principalmente cuidados de rutina ante el paciente que se encuentra en proceso agónico, aunque se destaca que el 13% preserva la vida a toda costa en está situación.

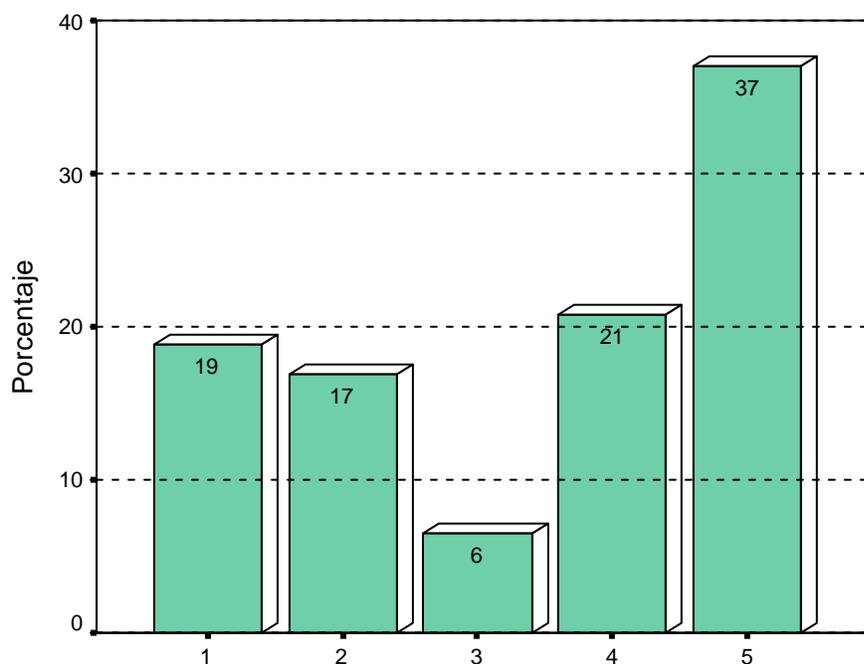
4. En su experiencia de enfermera (o) ¿Qué cuidados le ha proporcionado a un paciente en proceso agónico?

Cuadro 10. Principal intervención al paciente en proceso agónico

	Frecuencia	Porcentaje
1. Cuidado médico específico para los síntomas existentes	29	18.8
2. Favorece la presencia de familiares todo el tiempo	26	16.9
3. Lo traslada a una habitación aislada	10	6.5
4. Le brinda cuidados generales de enfermería	32	20.8
5. Realiza cuidados paliativos	57	37.0
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 10. Tipo de cuidados proporcionados.



En su experiencia el profesional de enfermería ha proporcionado cuidados paliativos al paciente en proceso agónico, sin embargo en la muestra seleccionada predomina el cuidado enfermero específico y general.

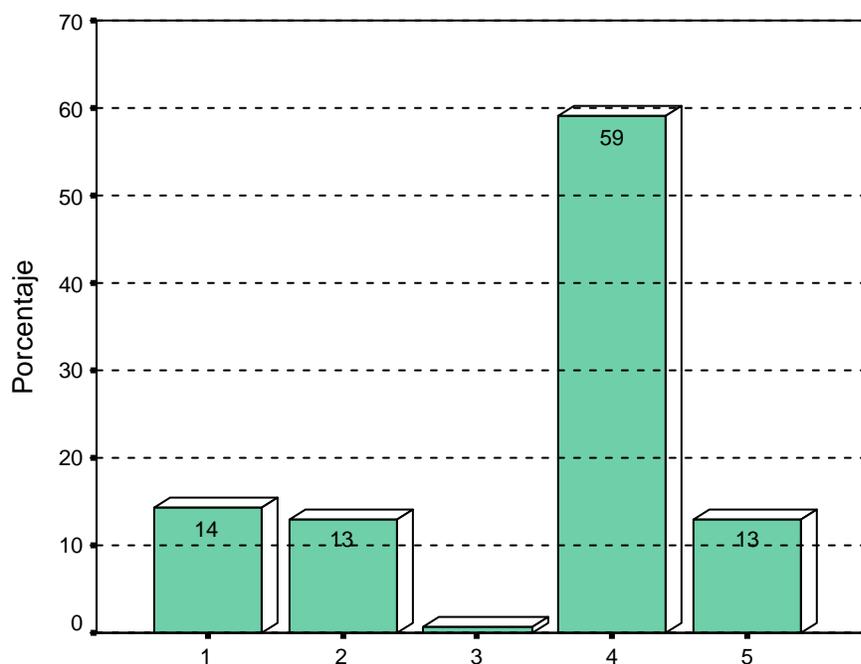
5. Cuando ve que es inminente el desenlace del paciente en proceso agónico, qué ha hecho usted.

Cuadro 11. Acciones de enfermería ante un inminente desenlace

	Frecuencia	Porcentaje
1. Avisa al médico inmediatamente para que él se haga responsable	22	14.3
2. Recomienda que le traigan un sacerdote	20	13.0
3. Omite el cuidado enfermero, pues ya no hay nada que hacer	1	.6
4. Favorece la presencia de familiares y les permite intimidad	91	59.1
5. Realiza técnicas de reanimación y soporte para la vida	20	13.0
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 11. Acciones ante un inminente desenlace



En su experiencia la enfermera favorece el cuidado espiritual además de la elaboración del duelo entre pacientes y familiares. Se encontró que el 13% del personal de enfermería ha realizado técnicas de reanimación ante el inminente desenlace de la vida del paciente.

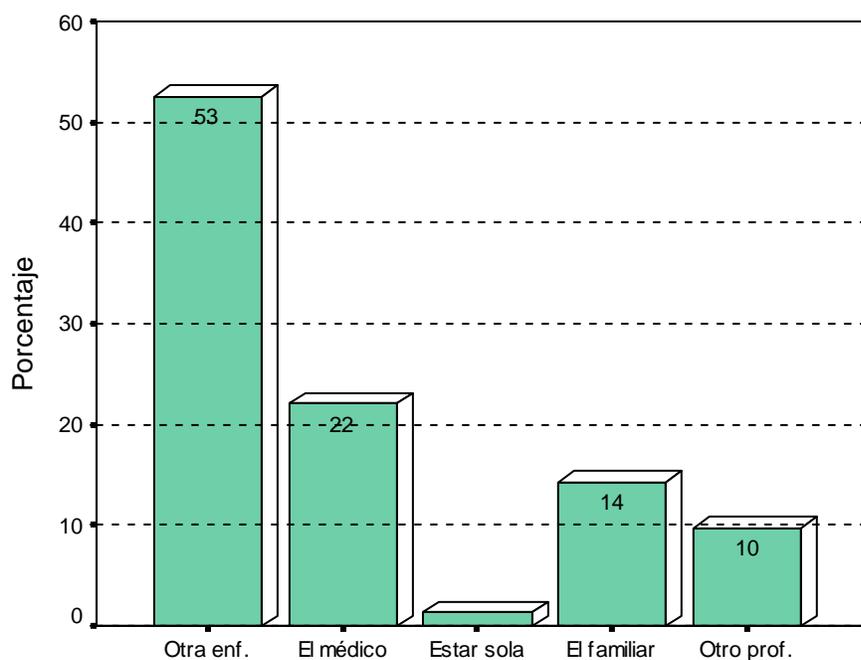
6. ¿Cuando usted ha iniciado las intervenciones de enfermería en un paciente en estado agónico quién prefiere que le apoye?

Cuadro 12. Apoyo en las intervenciones

	Frecuencia	Porcentaje
Otra enfermera (o)	81	52.6
El médico	34	22.1
Prefiere estar sola (o)	2	1.3
El familiar	22	14.3
Otro profesional de la salud	15	9.7
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 12. Apoyo en las intervenciones.



El profesional de enfermería prefiere trabajar en conjunto con el equipo interdisciplinario cuando atiende al paciente en estado agónico. Se observa que dos casos prefieren no ser apoyados.

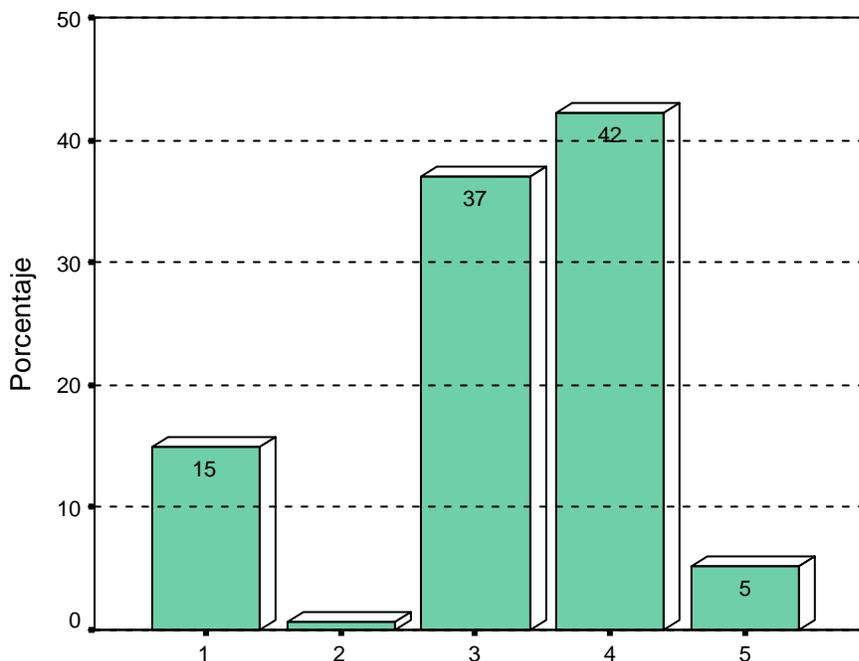
7. Ante la muerte del paciente en proceso agónico ¿qué es lo que usted ha hecho primordialmente?

Cuadro 13. Acciones ante la muerte del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
1. Lo amortaja y busca que se lo lleven a Patología	23	14.9
2. Le pide a una de sus compañeras que se haga cargo de todo	1	.6
3. Se hace apoyar de otro (a) compañero (a)	57	37.0
4. Considera a la familia, la atiende en su duelo y favorece la intimidad	65	42.2
5. Se siente afectado (o) emocionalmente y busca apoyo	8	5.2
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 13. Acciones ante la muerte del paciente



Las acciones que realiza el personal de enfermería ante la muerte del paciente consisten en el cuidado emocional de la familia atendiéndola en su duelo.

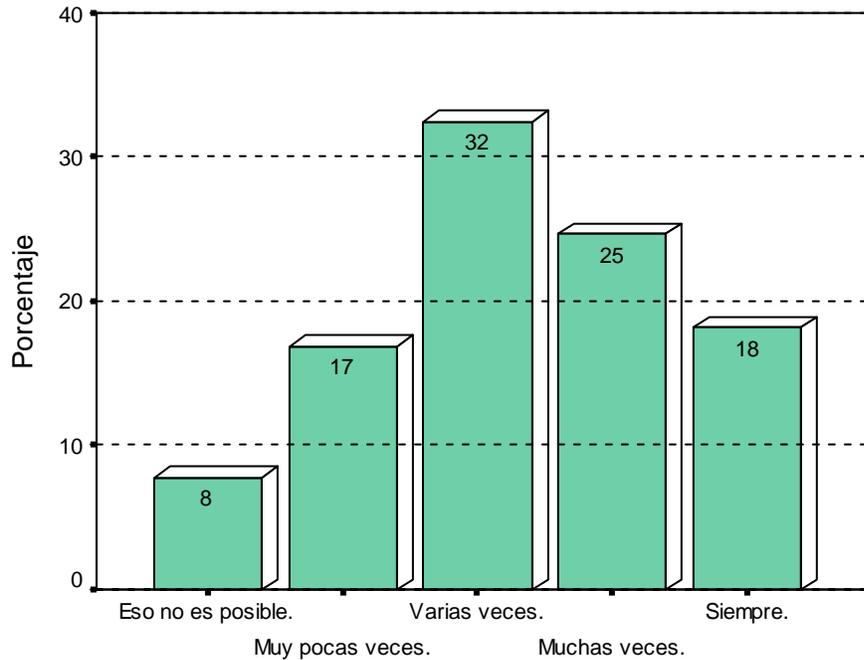
8. Usted con su experiencia, puede identificar en qué momento un paciente entrará en proceso agónico.

Cuadro 14. Identifica cuándo inicia el proceso agónico

	Frecuencia	Porcentaje
Eso no es posible	12	7.8
Muy pocas veces	26	16.9
Varias veces	50	32.5
Muchas veces	38	24.7
Siempre	28	18.2
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 14. Identifica el inicio del proceso agónico



Con las destrezas y habilidades que ha adquirido el personal de enfermería ha podido identificar el momento en que el paciente entra en proceso agónico. En oposición a quienes carecen de experiencia argumentan que eso no es posible.

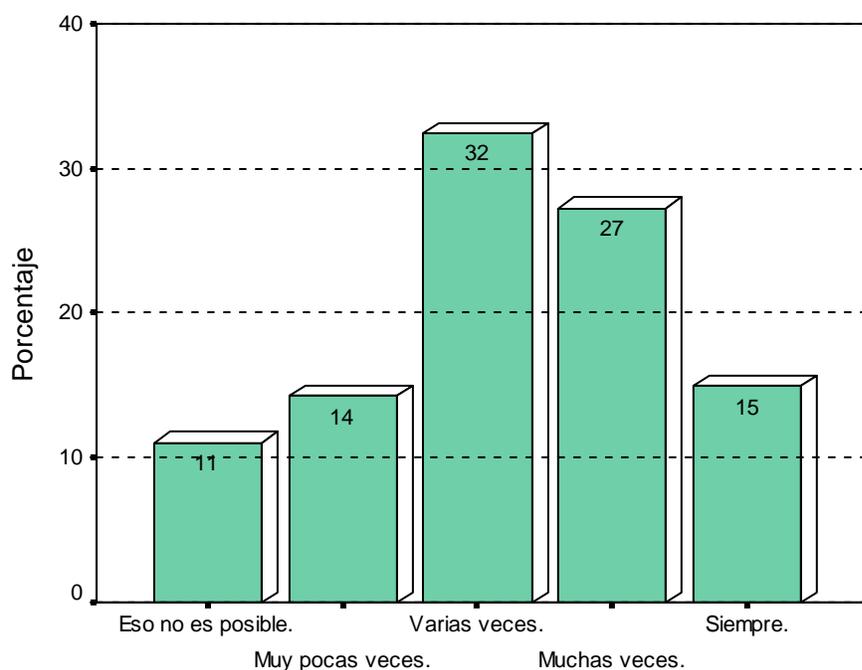
9. Usted con su experiencia, puede identificar cuando un paciente en proceso agónico está en sus últimas horas.

Cuadro 15. Identifica la culminación de la agonía

	Frecuencia	Porcentaje
Eso no es posible	17	11.0
Muy pocas veces	22	14.3
Varias veces	50	32.5
Muchas veces	42	27.3
Siempre	23	14.9
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 15. Identifica la culminación de la agonía.



Es inminente que la experiencia proporciona los elementos necesarios para identificar que el paciente que se encuentra en proceso agónico está en sus últimos momentos de vida.

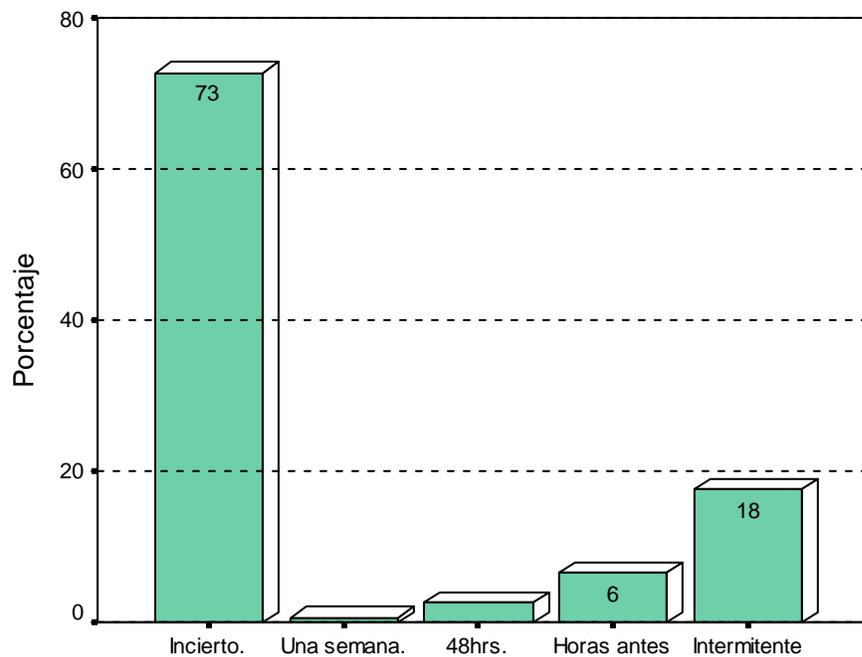
10. ¿De acuerdo a su experiencia ha observado que el proceso agónico en los pacientes que ha atendido, comprende?

Cuadro 16. Duración del período agónico

	Frecuencia	Porcentaje
Un tiempo incierto	112	72.7
Una semana	1	.6
48 horas aproximadamente	4	2.6
Horas o minutos antes de la muerte	10	6.5
Es un proceso intermitente	27	17.5
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 16. Duración del período agónico



De acuerdo a la experiencia de la enfermera mexicana el 3% opina que el proceso agónico dura 48 horas aproximadamente, en tanto que la mayoría argumenta que este es incierto.

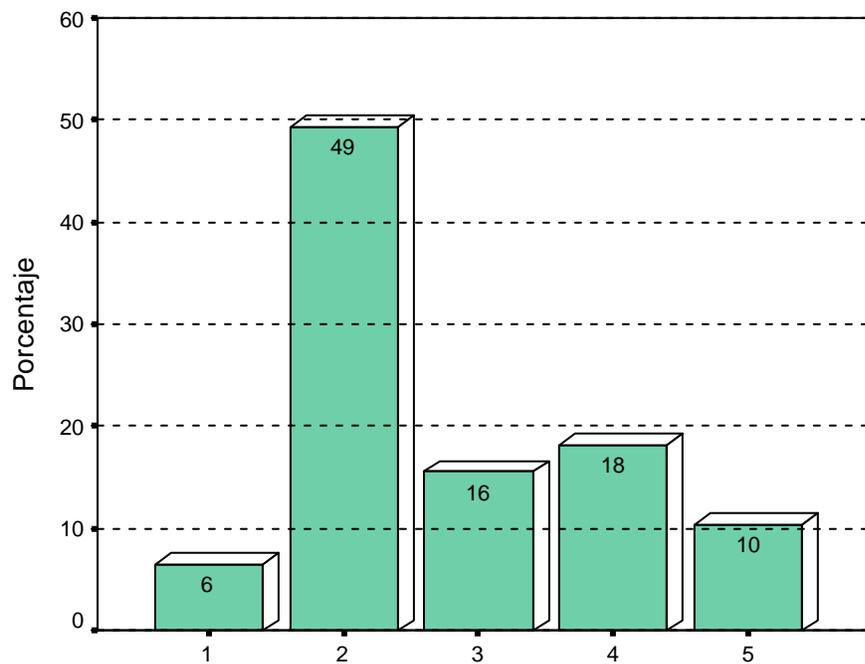
11. ¿En su experiencia en la atención de pacientes en proceso agónico con cáncer ha observado que los síntomas físicos que presentan más frecuentemente son?

Cuadro 17. Síntomas físicos más frecuentes

	Frecuencia	Porcentaje
1. Dolor, náusea, vómito	10	6.5
2. Delirio, dificultad respiratoria y periodos de apnea	76	49.4
3. Somnolencia, adinamia, fatiga, agotamiento	24	15.6
4. Inconsciencia, coma, respiración estertorosa	28	18.2
5. Otros	16	10.4
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 17. Síntomas físicos más frecuentes.



En la atención a los pacientes con cáncer la enfermera ha observado que el delirio, la dificultad respiratoria y los períodos de apnea es lo que más afecta en la fase agónica.

12. ¿Usted se siente capacitada (o) para identificar que una persona ha muerto?

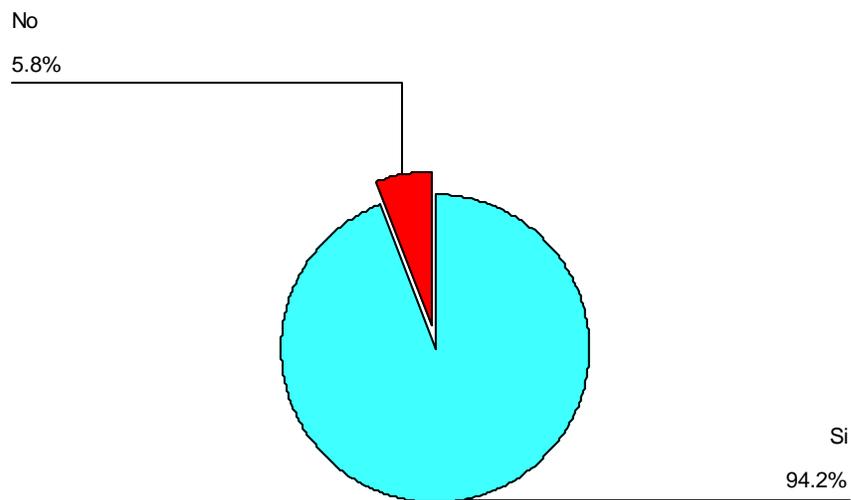
Cuadro 18. Identifica que una persona ha muerto

	Frecuencia	Porcentaje
Si	145	94.2
No	9	5.8
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 18

Identifica que una persona ha muerto



En base a sus vivencias el personal se considera capacitado para identificar que una persona ha muerto.

13. Ante la muerte del paciente en proceso agónico usted determina la muerte porque:

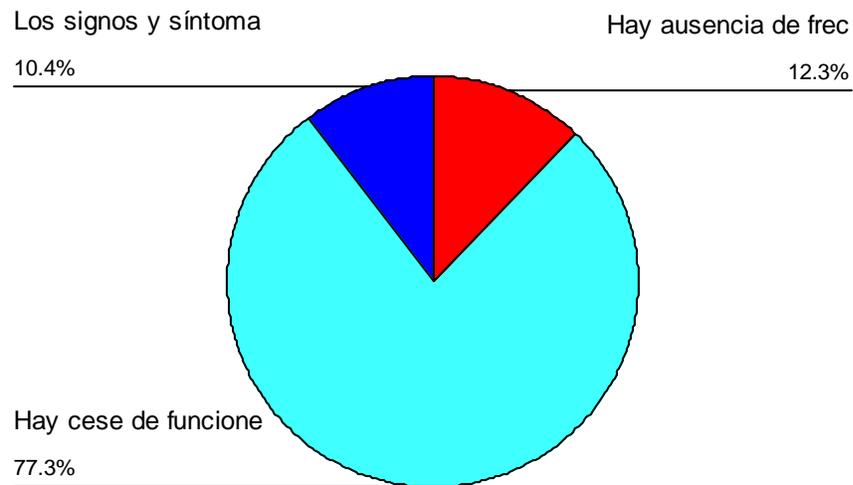
Cuadro 19. Determina la ausencia de vida por:

	Frecuencia	Porcentaje
1. Hay ausencia de frecuencia cardiaca	19	12.3
2. Hay cese de funciones vitales	119	77.3
3. Los signos y síntomas conducían al proceso agónico	16	10.4
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 19

Determina la ausencia de vida por:



La toma y registro de las constantes vitales es una función básica del personal de enfermería y es a la vez guía para identificar que el paciente ha muerto.

14. Usted considera que:

Cuadro 20. Consideración de las enfermeras

	Frecuencia	Porcentaje
1. El personal de Enfermería no determina si una persona ha muerto	20	13.0
2. El personal de Enfermería determina cuando una persona ha muerto	98	63.6
3. Enfermería debe apegarse al diagnóstico médico que informa la defunción	36	23.4
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 20. Consideración de las enfermeras



Las enfermeras consideran que con base a su experiencia ellas determinan cuando una persona ha muerto, sin embargo deben apegarse a la notificación médica de la defunción.

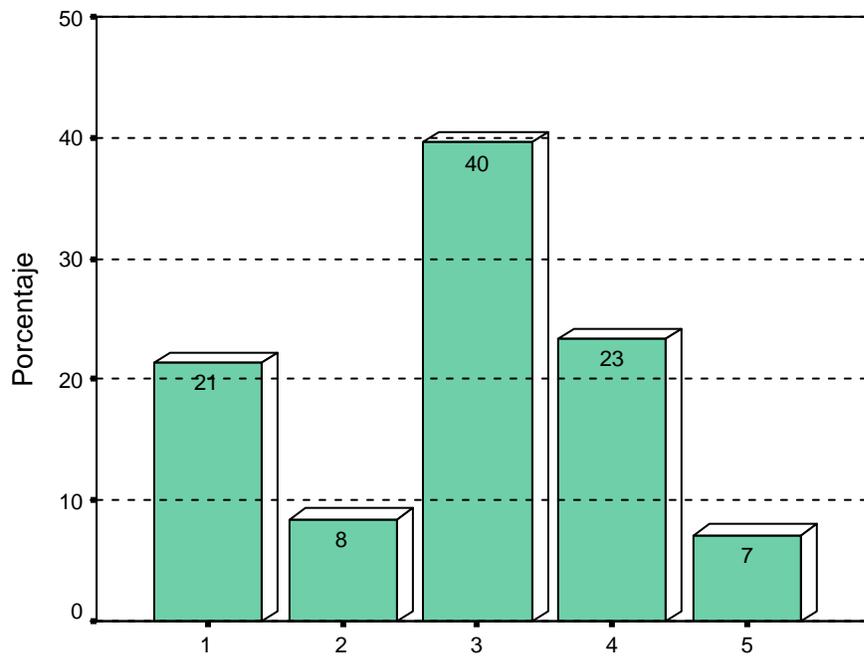
15. Considerando que le corresponde atender a la persona en proceso agónico, cree usted que durante su formación profesional la preparación sobre este proceso ha sido:

Cuadro 21. Formación profesional

	Frecuencia	Porcentaje
1. Estudiada como un tema único	33	21.4
2. Manejada a través de un taller	13	8.4
3. Asistió por su cuenta a cursos	61	39.6
4. Nunca se trató como tema	36	23.4
5. Fue una formación completa	11	7.1
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 21. Formación profesional.



La enfermera ha invertido en su capital humano tomando cursos complementarios para satisfacer las necesidades de estos pacientes, ya que durante su formación académica no se les instruyó íntegramente para atender al paciente en fase agónica.

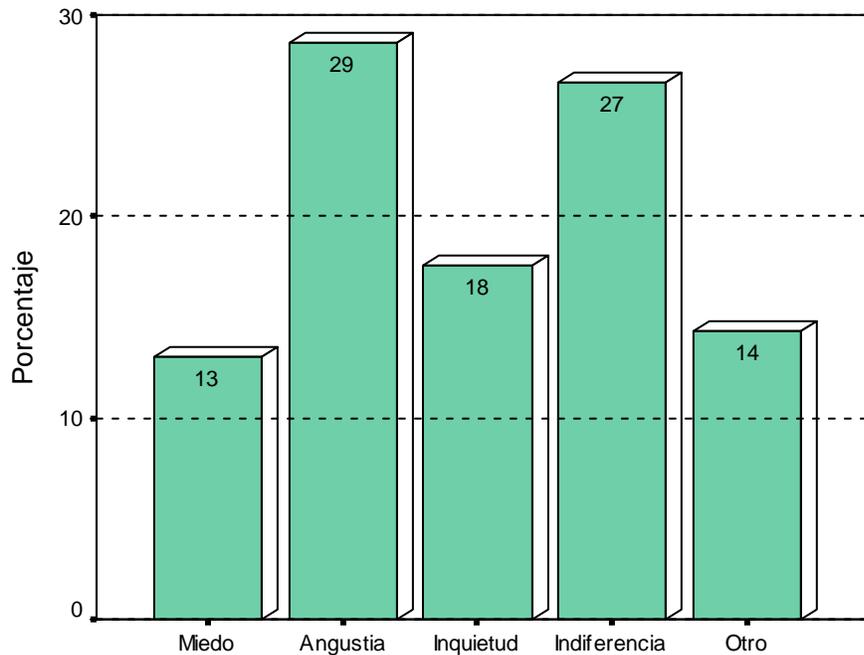
16. En su primera experiencia con el paciente en proceso agónico ¿qué reacción sintió primordialmente?

Cuadro 22. Emociones principales

	Frecuencia	Porcentaje
Miedo	20	13.0
Angustia	44	28.6
Inquietud por saber qué es el proceso agónico	27	17.5
Indiferencia	41	26.6
Otro	22	14.3
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 22. Emociones principales.



Ante la incertidumbre que genera la proximidad de la muerte la enfermera ha experimentado angustia, y cuando esta no se trabaja surge un mecanismo de defensa manifestado por indiferencia en oposición a la inquietud por saber qué y porqué ha sucedido el evento.

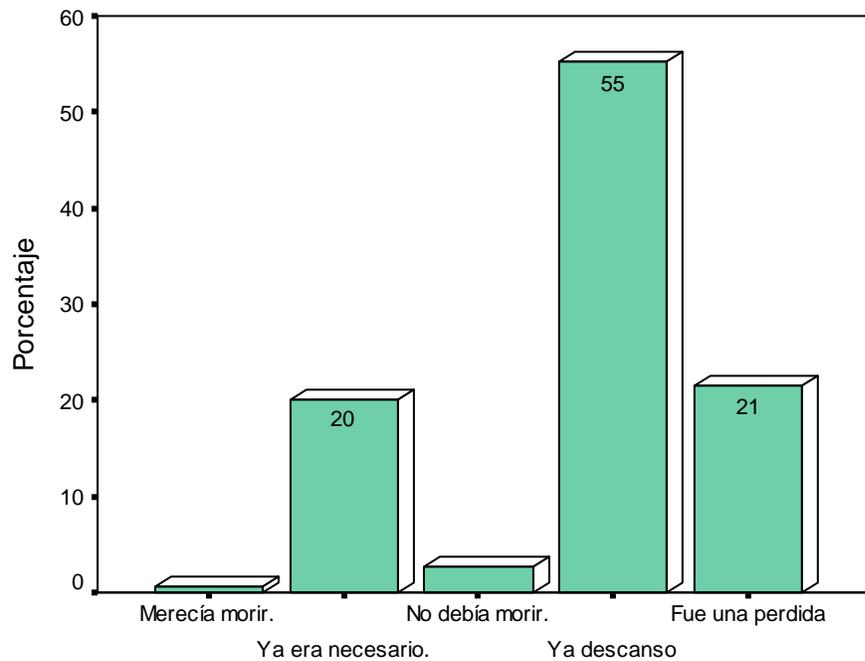
17. Ante la muerte del paciente en proceso agónico usted considera que:

Cuadro 23. Consideraciones ante la muerte

	Frecuencia	Porcentaje
Merecía morir	1	.6
Ya era necesario	31	20.1
No debía morir	4	2.6
Ya descanso su cuerpo y su alma	85	55.2
Fue una gran pérdida para su familia	33	21.4
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 23. Consideraciones ante la muerte.



La enfermera vive día a día el sufrimiento de estos pacientes y a partir de allí genera conceptos personales en donde la mayoría considera ante la muerte del paciente que ya descansó su cuerpo y alma.

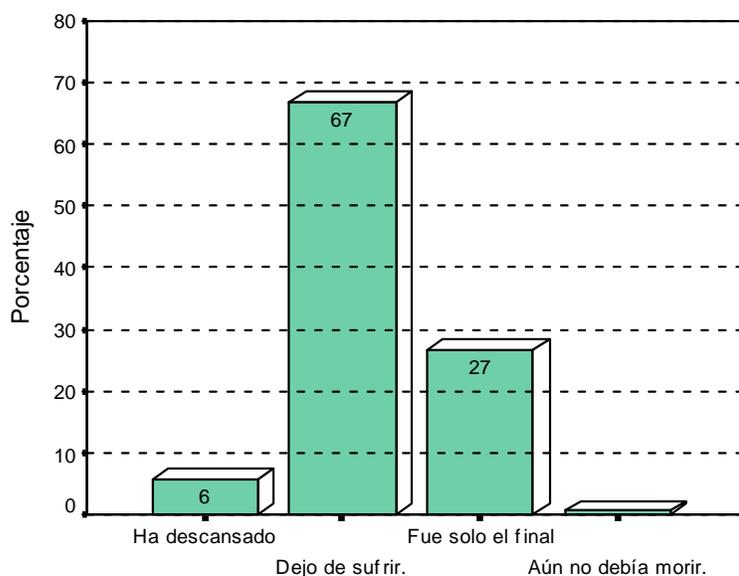
18. En su experiencia, cuando finalmente falleció su paciente que estaba en proceso agónico, usted considera que él:

Cuadro 24. Consideraciones sobre el paciente que fallece

	Frecuencia	Porcentaje
1. Ha logrado el descanso eterno	9	5.8
2. Dejó de sufrir	103	66.9
3. Fue solo el final de la vida física	41	26.6
4. Aún no debía morir	1	.6
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 24. Consideración sobre el paciente que fallece.



Las enfermeras con base a sus vivencias consideran que el paciente que fallece ha dejado de sufrir, aunque hay quien lo ve solo como el final de la vida física.

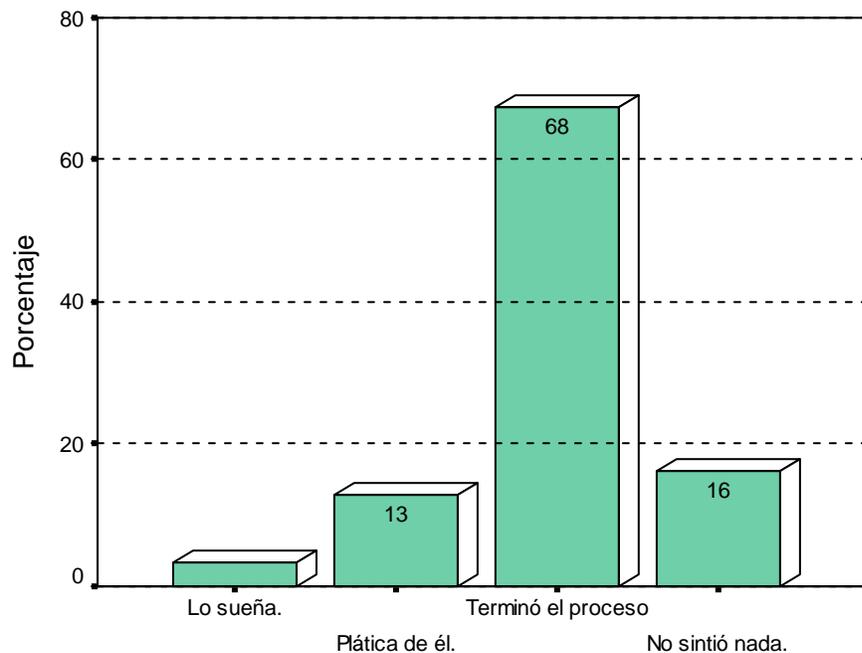
19. El paciente falleció hace 48 horas y usted:

Cuadro 25. Efecto emocional de la enfermera después de la muerte del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Lo sueña	5	3.2
Plática de él	20	13.0
Terminó el proceso y cerró el ciclo con sus familiares	104	67.5
No sintió nada	25	16.2
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 25. 48 horas despues usted:



Para el personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico y que trabaja estas situaciones emocionales después de 48 horas ha terminado el proceso, en tanto que quien no lo hace, lo sueña (muy mínimo) o es insensible.

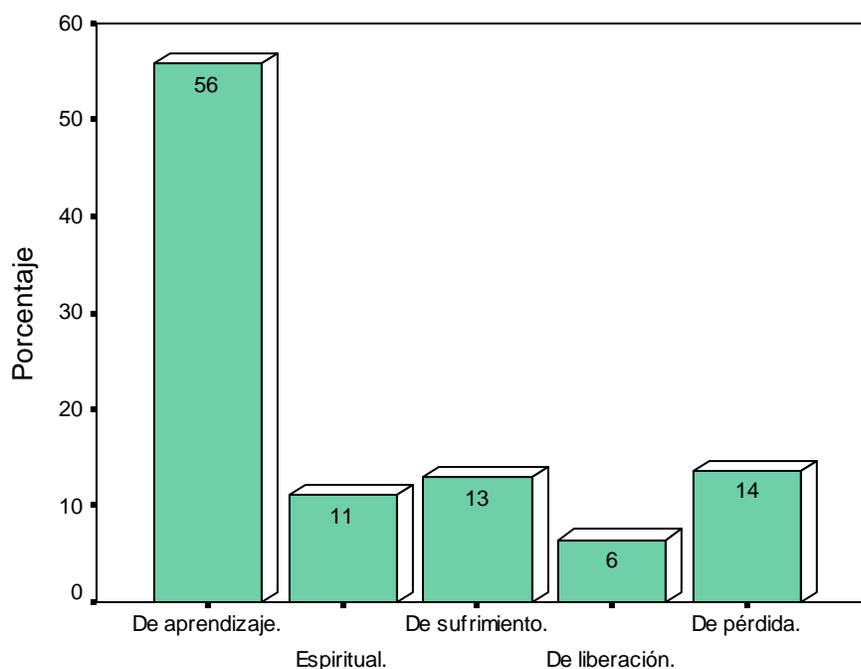
20. ¿Cómo considera usted la experiencia de haber atendido a pacientes en proceso agónico?

Cuadro 26. Consideración sobre la experiencia

	Frecuencia	Porcentaje
De aprendizaje; en la que ha obtenido crecimiento personal y profesional	86	55.8
Espiritual; porque en el momento de la muerte el paciente trasciende	17	11.0
De sufrimiento; porque es un persona con la que se tuvo una relación de empatía durante su cuidado	20	13.0
De liberación; debido a que termina una etapa de agotamiento	10	6.5
De pérdida	21	13.6
Total	154	100.0

Misma fuente

Gráfica 26. Consideración sobre la experiencia.



Indiscutiblemente el personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico se enfrenta a diversos factores estresantes, sin embargo para tres cuartas partes de los pacientes resulta una experiencia positiva en la que se obtiene crecimiento personal.

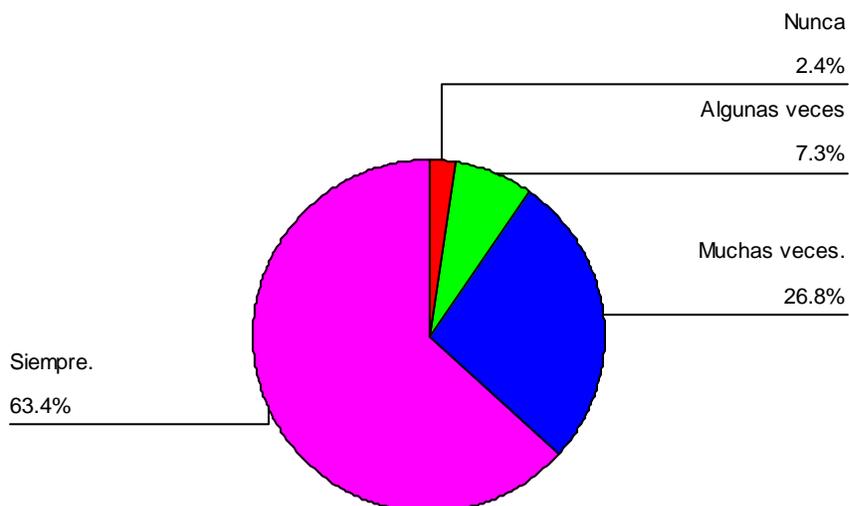
4. 3 Emociones experimentadas

Cuadro 27. Alto sentido por la vida

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	1.9
Algunas veces	10	6.5
Muchas veces	47	30.5
Siempre	94	61.0
Total	154	100.0

Misma fuente

Alto sentido por la vida.



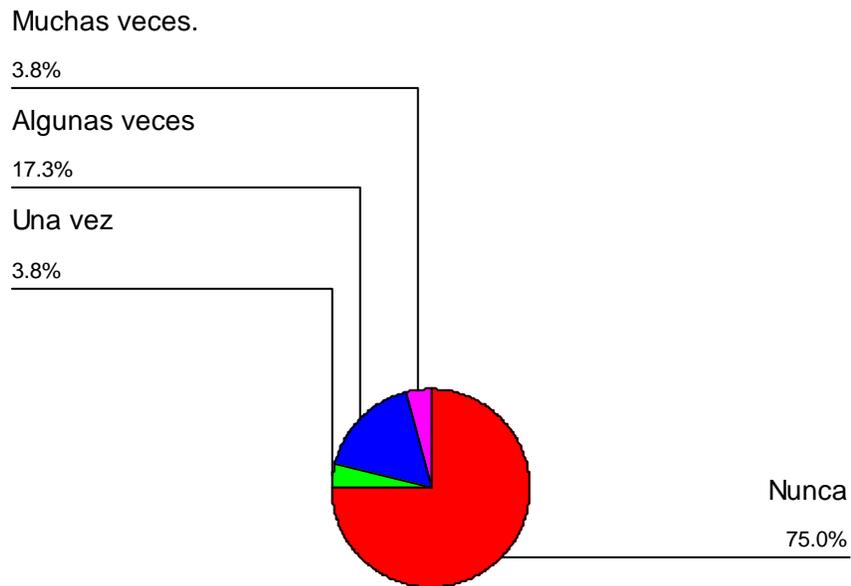
En la población estudiada se encontró que el 2% nunca encuentra alto sentido por la vida después de atender a pacientes en proceso agónico, mientras que el 37% en algún momento tampoco le encuentra sentido.

Cuadro 28. Pérdida de interés en asuntos cotidianos

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	108	70.1
Una vez	9	5.8
Algunas veces	30	19.5
Muchas veces	4	2.6
Siempre	3	1.9
Total	154	100.0

Misma fuente

Perdida de interés en asuntos cotidianos.



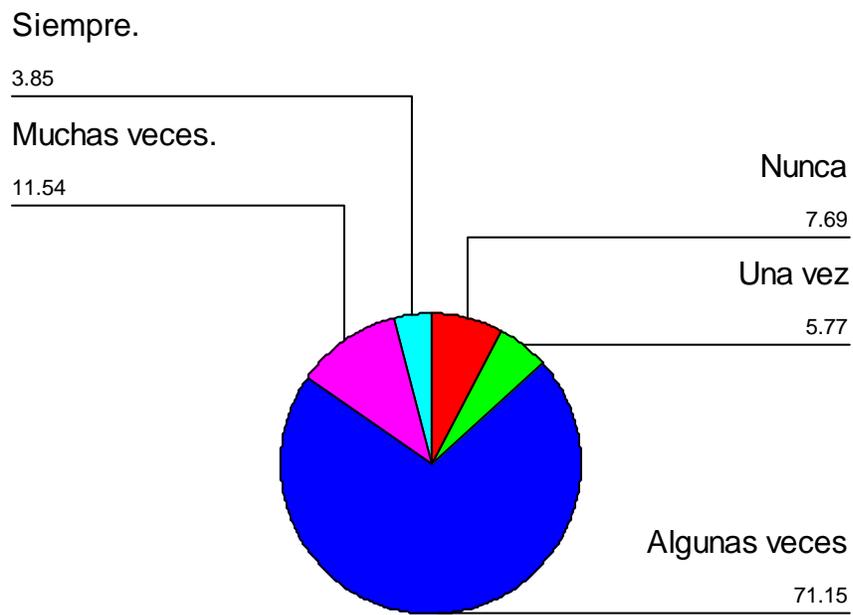
El 30% del personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico ha experimentado perder el interés en asuntos cotidianos en más de una ocasión.

Cuadro 29. Estados de tristeza

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	7.8
Una vez	17	11.0
Algunas veces	107	69.5
Muchas veces	14	9.1
Siempre	4	2.6
Total	154	100.0

Misma fuente

Estados de tristeza.



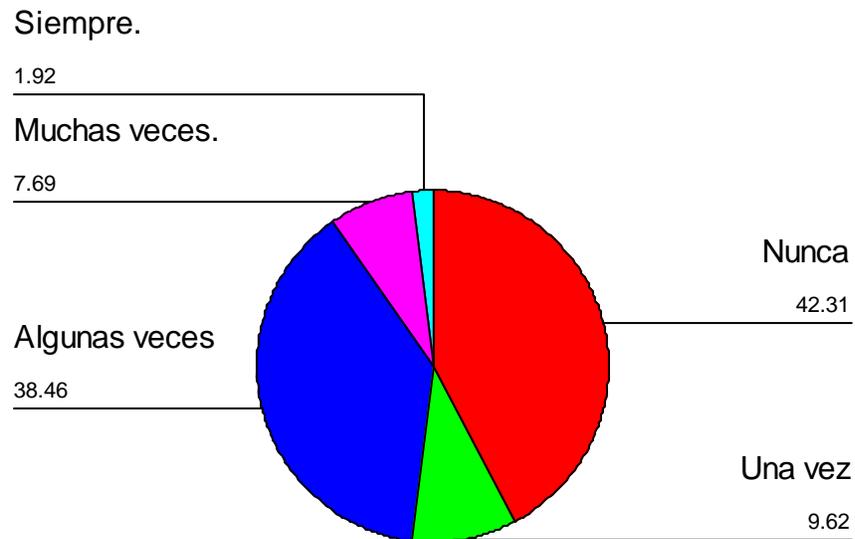
De las enfermeras que atienden al paciente en dicha etapa el 8% nunca ha experimentado estados de tristeza, mientras que el 2.6% siempre presentan este sentimiento.

Cuadro 30. Estados de angustia

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	53	34.4
Una vez	21	13.6
Algunas veces	67	43.5
Muchas veces	12	7.8
Siempre	1	.6
Total	154	100.0

Misma fuente

Estados de angustia.



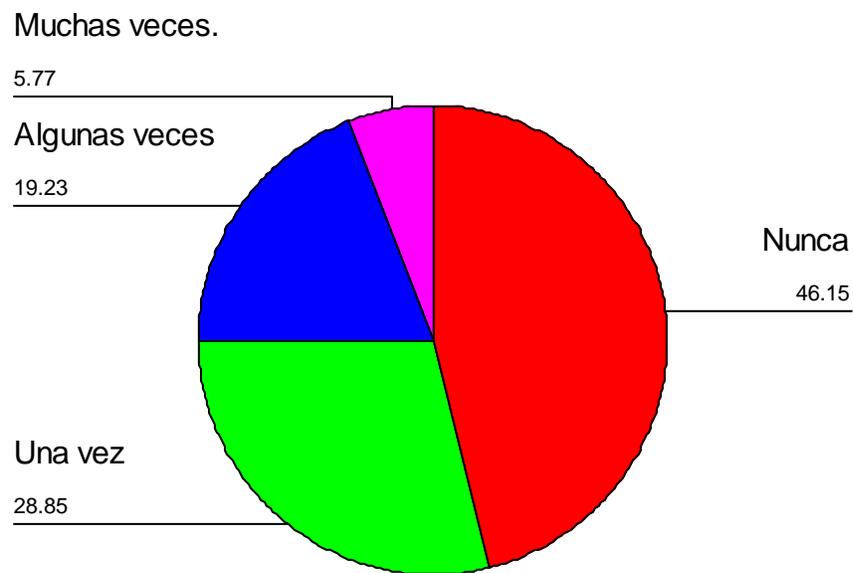
El atender al paciente que cursa el proceso agónico se torna como una situación angustiante para el 65% del personal de enfermería que fue estudiado.

Cuadro 31. Períodos de llanto

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	83	53.9
Una vez	35	22.7
Algunas veces	32	20.8
Muchas veces	4	2.6
Total	154	100.0

Misma fuente

Períodos de llanto.



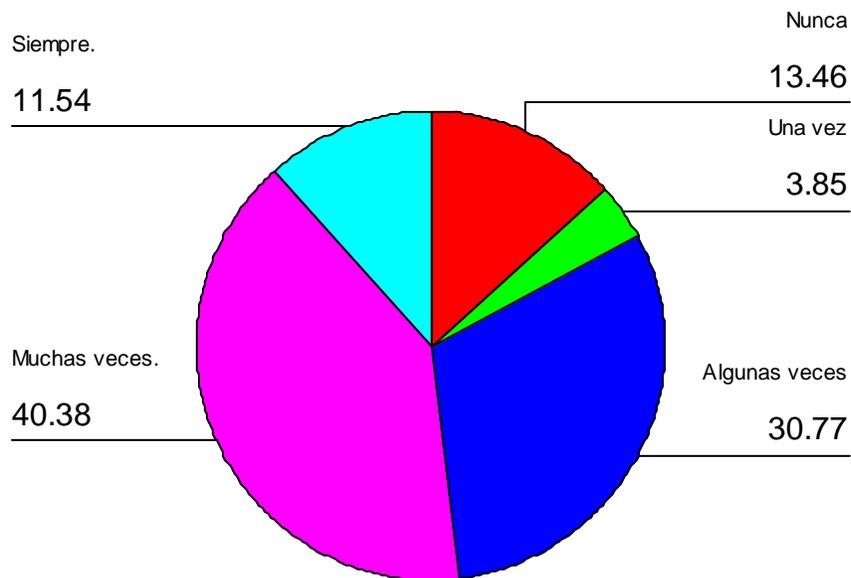
En algún momento el 46% del personal de enfermería que atiende al paciente con cáncer en proceso agónico ha experimentado períodos de llanto.

Cuadro 32. Sentimientos de paz

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	27	17.5
Una vez	7	4.5
Algunas veces	54	35.1
Muchas veces	44	28.6
Siempre	22	14.3
Total	154	100.0

Misma fuente

Sentimientos de paz.



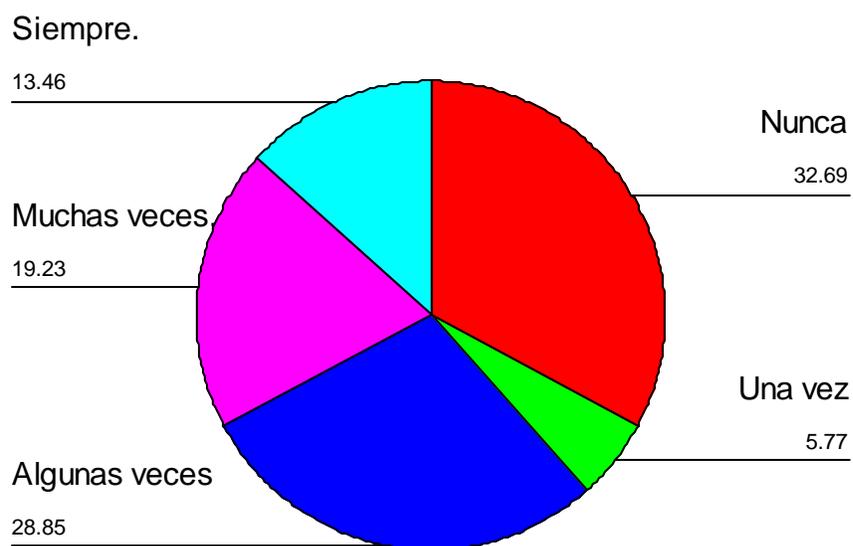
Después de atender al paciente en proceso agónico se encontraron versiones opuestas respecto al haber experimentado sentimientos de paz, sin embargo el 83% del personal de enfermería más de una ocasión se ha sentido en paz.

Cuadro 33. Sentimientos de plenitud

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	48	31.2
Una vez	15	9.7
Algunas veces	38	24.7
Muchas veces	33	21.4
Siempre	20	13.0
Total	154	100.0

Misma fuente

Sentimientos de plenitud.



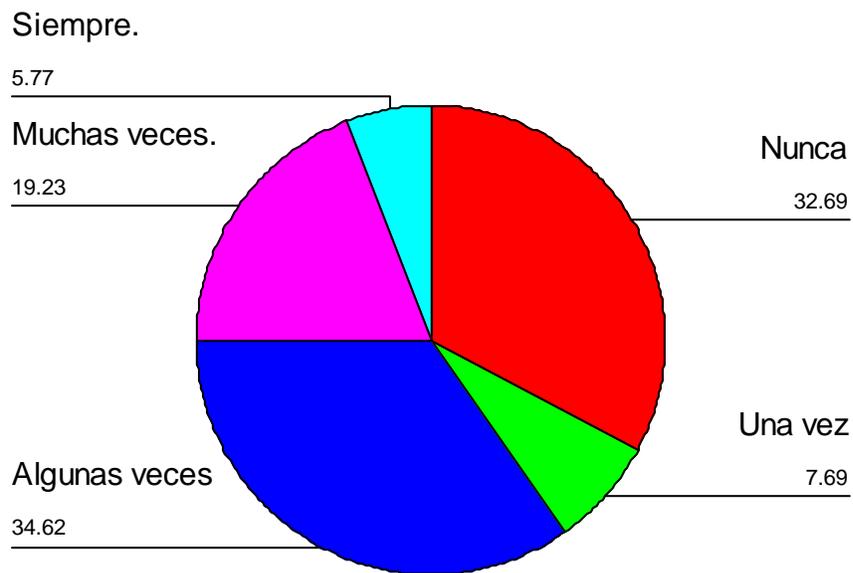
De la población estudiada el 69% refiere haber experimentado sentimientos de plenitud después de haber atendido al paciente con cáncer que se encuentra agonizando.

Cuadro 34. Cansancio físico

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	42	27.3
Una vez	13	8.4
Algunas veces	63	40.9
Muchas veces	23	14.9
Siempre	13	8.4
Total	154	100.0

Misma fuente

Cansancio físico.



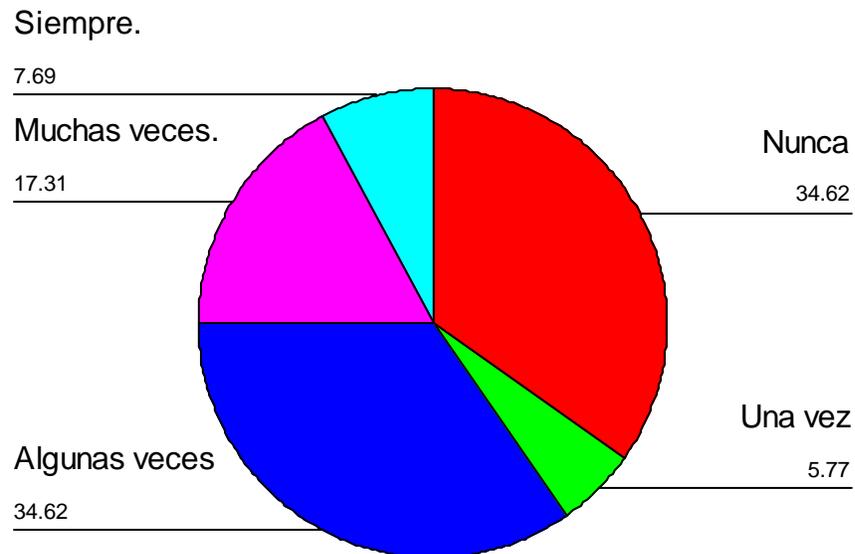
El cansancio físico se ha hecho presente en 72% de la población estudiada que atiende al paciente en proceso agónico.

Cuadro 35. Cansancio emocional

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	41	26.6
Una vez	9	5.8
Algunas veces	65	42.2
Muchas veces	27	17.5
Siempre	12	7.8
Total	154	100.0

Misma fuente

Cansancio emocional.



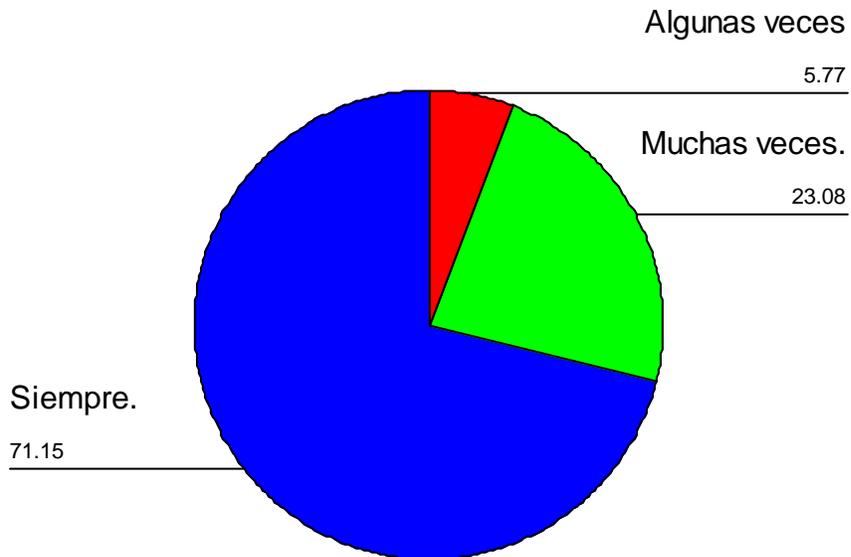
El 8% de la población estudiada siempre ha experimentado cansancio emocional, mientras que el 66% lo han padecido en más de una ocasión, quedando intacto el 26%.

Cuadro 36. Alto sentido por su trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	.6
Una vez	1	.6
Algunas veces	12	7.8
Muchas veces	36	23.4
Siempre	104	67.5
Total	154	100.0

Misma fuente

Alto sentido por su trabajo.



Para el 68% siempre le genera un alto sentido por su trabajo el atender pacientes con cáncer en proceso agónico, no así para el 1% a quien nunca le genera este sentimiento.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las estadísticas reflejan al cáncer como la segunda causa de morbi-mortalidad a nivel mundial, una buena proporción de los afectados en algún momento cursarán el proceso agónico. En México con respecto a este padecimiento coinciden con las del mundo, en el sentido de que también ocupa el segundo lugar de mortalidad, esto permite concluir que el personal de enfermería va a proporcionar cuidado en el proceso agónico de algún enfermo con cáncer en su ejercicio profesional.

Los sujetos seleccionados para el estudio están adscritos en el Instituto Nacional de Cancerología y en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, en servicios de hospitalización como: hemato-oncología, oncología quirúrgica y oncología médica principalmente, es aquí donde se atiende a más pacientes con cáncer en proceso agónico. En estos servicios se les proporcionan cuidados paliativos, que cubren sus necesidades biopsicosociales y espirituales, por consiguiente se requiere que el personal de enfermería que les atiende esté ampliamente preparado.

La muestra seleccionada para este estudio es más grande en el Instituto Nacional de Cancerología con n=66.2%, debido a que allí se atiende al paciente afectado por cáncer de cualquier tipo y en la mayoría de los casos en etapa terminal.

Es poco el personal profesional que ha invertido en su formación; al explorar en la muestra seleccionada en este punto, se encontró una media de 4.5 años, el 20% ha estudiado menos de tres años; en consecuencia el cuidado es proporcionado principalmente por auxiliares de enfermería 11% y enfermeras (os) generales 50%.

En lo referente a experiencia laboral se encuentra un mínimo de un año y un máximo de 37 años, con una media de 13.7 años, el 13% ha laborado menos de 3 años; que dentro del análisis representa una experiencia y preparación heterogénea para brindar el cuidado de enfermería al paciente terminal.

Al revisar estos resultados es importante analizar si la experiencia adquirida por un máximo de años trabajados proporciona a la enfermera una serie de habilidades y la capacidad de brindar un cuidado de calidad al paciente en esta etapa, lo mismo que en las que tienen menos de tres años.

La atención en estos pacientes es predominante por enfermeras 91%, en tanto que los enfermeros están presentes con 9%. Esto permite reforzar la opinión de que la profesión de enfermería aún es predominantemente femenina, la inserción del varón aún no es representativa.

La media de edad de las enfermeras es de 36.4 años, encontrándose un mínimo de 20 años y un máximo de 65, cabe destacar que 2% de ellas son adultos mayores, esto podría verse reflejado en más experiencia y más habilidades para atender al paciente moribundo, si esta experiencia la relacionamos con los años de trabajo.

Es importante destacar que sí se considera la enfermería como una profesión de alto riesgo por que en ella se presentan alteraciones emocionales o cansancio laboral (sufrimiento del paciente, agonía y muertes frecuentes) en el cuidado directo al paciente. Es importante buscar si existe una relación con las enfermeras que responden en el instrumento aplicado, de angustia, cansancio físico y moral.

En el último año de actividades las enfermeras han atendido de 2 a 200 pacientes en proceso agónico, con una media de 67 pacientes, sin embargo el 18% refleja menor participación ya que solo han tratado a menos de 10 pacientes. Una reflexión personal es el impacto que genera atender al paciente agónico, aunque en este caso pudiera tratarse de un evento que se espera, cuando ocurren, las repercusiones personales salen a flote (ansiedad, angustia) miedo a la muerte; si esto se presenta con mucha frecuencia (200), la enfermera esta en riesgo constante de presentar alteraciones emocionales.

En la atención del proceso de agonía el 45% del personal encuestado detecta cuando ésta inicia, al 18% le avisa el familiar u otra enfermera. Aquí puede valorarse la experiencia que se adquiere ante este evento vital en la identificación de su presencia o la búsqueda de ayuda cuando este no existe.

En la etapa agónica se requiere de cuidado emocional y espiritual que de confort a la persona moribunda sin embargo se encontró que el 46% de la muestra proporciona cuidado general o rutinario, el 13% facilitan el cuidado espiritual, 34% involucra y orienta a los familiares, les permite que se despidan y acompañen a su familiar en el momento de su muerte, para facilitar en parte la elaboración del duelo. El 37% realiza cuidados paliativos, en consecuencia se identifica que falta asesorar al personal de enfermería para enfrentar esta etapa y de esta forma brinde calidad de muerte a la persona con enfermedad terminal.

El 13% de las enfermeras encuestadas preservan la vida a toda costa, realizan técnicas de reanimación y soporte para la vida. Desde el punto de vista estudiado en la bibliografía, lo anterior propicia el ensañamiento terapéutico. Un porcentaje mínimo omite el cuidado enfermero, con el argumento de que ya no hay nada que hacer. Estas dos últimas acciones se anteponen a la filosofía de los cuidados paliativos que es la de proporcionar confort y calidad en la agonía y la muerte.

Cuando el paciente esta muriendo la enfermera prefiere trabajar con el equipo interdisciplinar y con el familiar, esto implica compartir la responsabilidad y el estrés en el abordaje de este proceso.

Con la experiencia adquirida el 89% de la muestra estudiada identifica el momento en que el paciente entra en proceso agónico, y una vez que está en este proceso, se da cuenta cuando cursa sus últimos momentos de vida, resaltando que quien tiene más experiencia siempre identifica el inicio, e incluso hay quien lo etiqueta coloquialmente como “ya está agarrando pista”, mientras que quienes carecen de experiencia argumentan que esto no es posible. Desde el punto de vista de la

tanatología (psicosocial y espiritual) esto último recae en una falta de respeto a la identidad personal de quien esta muriendo.

El 73% de las enfermeras han observado que el proceso agónico en los pacientes atendidos comprende un tiempo incierto, lo cual se contrapone con lo referido en la literatura anglosajona al interpretar el período agónico como las “últimas 48 horas”; en él se muestran síntomas físicos como delirio, dificultad respiratoria, períodos de apnea, respiración estertorosa e inconciencia, entre otros.

El 94% de la población estudiada se considera capacitada para identificar que una persona ha muerto, determinando la ausencia de vida a través del cese de signos vitales y aunque el personal de enfermería determina la hora del deceso debe apegarse a la notificación médica y al diagnóstico del mismo, el papel que desempeña en este proceso es importante por la cercanía que se tiene con el paciente, pero la certificación recae en mano del médico.

El 40% de las enfermeras asisten por su cuenta a cursos complementarios y aprenden el cuidado de la persona en el proceso de agonía, aumenta con la práctica diaria, es importante declarar que los planes y programas de estudio en la licenciatura de enfermería no incluyen esta problemática.

Ante la incertidumbre que genera la proximidad de la muerte en sus primeras experiencias el 42% de las enfermeras que atienden a estos pacientes experimentaron angustia y miedo principalmente, en tanto que el 27% expresó indiferencia por el evento. Situación que debe estudiarse posteriormente para identificar el agotamiento laboral o Burn-out.

Ante la muerte las principales acciones que realizan las enfermeras consisten en el cuidado de la familia y el cuidador principal, así como los cuidados físicos al cuerpo del paciente.

El vivir día a día estas vivencias consideran que el paciente ya descansó su cuerpo y su alma, por lo tanto dejó de sufrir, en el polo contrario un 26% lo ve como el final de la vida física y en menor proporción que era necesario el deceso. Esta sería una oportunidad para proporcionar confort espiritual y religioso acorde a las creencias de la familia y su enfermo.

Después de 48 horas de que el paciente falleció ha terminado el proceso de atención para 67% de las enfermeras, y para quien no, lo sueña, se siente afectada o refieren no sentir nada. Estas implicaciones emocionales se recomiendan minimizarlas verbalizándolas o compartiendo sus sentimientos y vivencia de lo vivido con otros profesionales, compañeras, familiares, sacerdote, psicólogo u otros, que en la práctica cada vez se hace con más frecuencia.

Indiscutiblemente el atender a personas con cáncer en proceso agónico es una actividad estresante, el 67% lo refieren como una oportunidad positiva de aprendizaje, que les ha permitido crecer como personas, desarrollo profesional y espiritualmente; porque les lleva a valorar la dimensión de la salud y la vida.

El 13% manifiesta sufrimiento, el 6% opina que es una experiencia de liberación debido a que termina una etapa de agotamiento, y en el 14% en los que significa una experiencia de pérdida. Este 33% requieren ayuda para analizar las repercusiones personales de este evento y la presencia de alteraciones emocionales; además de actualización y formación ante el proceso de agonía y la muerte.

El 61% del personal siempre experimenta alto sentido por la vida, no así el 2% quien nunca le ha encontrado sentido; siendo entonces el 39% un grupo que probablemente presente agotamiento laboral y que requiere seguimiento para una futura intervención.

La pérdida de interés en asuntos cotidianos, el aplanamiento efectivo manifestado por no sentir nada frente a estas circunstancias, el experimentar angustia y periodos

de llanto reflejan repercusiones importantes en la personalidad de las enfermeras; razón por la cual este estudio puede servir como marco referencial para buscar estrategias de intervención a estas profesionistas para ayudarlas a su autocuidado emocional.

5.1 Conclusiones.

Se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura para destacar antecedentes relevantes que permitan fundamentar el instrumento propuesto, mismo que fue sometido a validación previa asesoría de profesionales expertos.

Se identificaron otras líneas de investigación que consisten en:

Desarrollar este proyecto en un diseño comparativo en todas las instituciones mexicanas que atienden pacientes con cáncer en etapa terminal para darle validez externa.

Valorar el aspecto cualitativo, para proponer programas de intervención a personas afectadas de Burn-out, angustia, depresión u otros.

Realizar estudios prospectivos con la muestra seleccionada después de una intervención planeada para brindar cuidado emocional a la enfermera.

Los resultados llevaron a identificar cuales son las experiencias del personal de enfermería que atiende pacientes con cáncer en proceso agónico, mismas que son semejantes en ambas instituciones.

Se encuentran diferencias importantes en comparación con la literatura publicada, sin embargo, aunque se cuenta con validez interna se carece de una validez externa para poder generalizar los resultados, debido a que es una muestra por disposición. Esto podría plantearse como punto de partida para iniciar otra investigación.

5.2 Propuestas para el personal de enfermería.

Planear una intervención psico-emocional hacia enfermeras que se enfrentan a problemas emocionales como angustia, depresión o agotamiento laboral; los resultados obtenidos orientan a resolver necesidades generadas en el cuidado del paciente con cáncer en etapa terminal.

Elaborar un programa de intervención en la capacitación y adiestramiento del personal de enfermería que atiende a personas con cáncer en proceso agónico.

Aplicar el protocolo descrito en esta investigación en las principales instituciones hospitalarias que atienden pacientes oncológicos, ya que seguramente las enfermeras cuentan con amplia experiencia en la atención de pacientes con cáncer en proceso agónico, lo anterior permitirá darle validez externa al estudio y así se podrán generalizar los datos a la enfermería mexicana.

A las instituciones, valorar la elaboración de manuales de procedimientos y manejo del paciente agónico hospitalario con detección de signos y síntomas de agonía.

Dar seguimiento personalizado a cada persona encuestada para que si se detecta algún problema emocional poderle ofrecer alguna alternativa de intervención, y así evitar que estos casos se pierdan y sigan evolucionando en un desgaste profesional.

Implementar apoyo psicoemocional integrado al hospital para el personal de enfermería y otros profesionales que atienden a pacientes oncológicos en agonía.

Desarrollar cuestionarios de Burn-out ó agotamiento laboral y su aplicación para personal de enfermería que atiende a pacientes con cáncer en proceso agónico.

Emplear el instrumento de esta investigación para identificar cuáles son las experiencias del personal de enfermería que atiende pacientes en proceso agónico en otros problemas crónico degenerativos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

6.1 Bibliografía consultada.

Cassem NH, Stewart RS: Management and care of the dying patient. *Int J. Psychiatry Med.* 1975. 6:293-304.

Collins N. End-of-life care in the intensive care unit: the Irish Ethicus data. *Crit Care Resusc. Irlanda.* 2006. 8(4):315-20.

Elsayem A., y cols. Symptom control and palliative care. 2a ed. Texas, Estados Unidos. 2002.

Gómez M. Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales. Canarias, España: ICEPSS Editores. Vols. I-II. 1998.

Guevara U. – De Lille, R. Medicina del dolor y paliativa. México: Corinter. 2001.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México D. F: Mc Graw Hill. 2006.

Howard MD. Integrating palliative care into nursing homes. *Journal of Palliative Medicine.* Vol. 6. Number 2. 2003. p. 297-305.

Kass RM, Ellershaw J. Estertores en la agonía: estudio retrospectivo. *J Pain Symptom Manage;* 2003. 26: 897-902.

Kelly J. Técnicas psicológicas en el tratamiento del dolor. Tratamiento práctico del dolor. 2a ed. Doyma libros. Prithvi Raj. 1994.

Kubler R. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, España: Ed. Grijalbo. 1989.

Latorre J.M. Psicología de la salud. Buenos Aires, Argentina: Ed. Lumen. 1994.

Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona: Ediciones Rol S.A. 1989.

Saunders C. The Management of Terminal Illnes. Chicago, Estados Unidos: Year Book Medical Publishers, inc. 1978.

Timothy J. Nursing home physician educational intervention improves end-of-life outcomes. Journal of Palliative Medicine. Vol. 6. Number 2. 2003. p. 205-212.

Wikipedia Experiencia. [online] 2000. [citado 10-jun-2006] Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Experiencia>.

6.2 Referencias bibliográficas.

1. ¹ Anés MJ., Y Cols. Visión enfermera de la unidad de cuidados paliativos. Enferm Docente -Esp-, 2001. Ene-abr, 71:23-29.
2. Corrales E. Reflexiones sobre la Enfermería en Cuidados Paliativos. Barcelona. 2005.
3. Fernández P. Problemas psicológicos en el enfermo oncológico con mal pronóstico. Enferm Docente -Esp-, 1998. sep-dic, 64:9-12.
4. González M., y Cols. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. Med Clínica. 2006. Sep 127(11):421-428.
5. Gorlat B. y Cols. Los enfermeros: profesionales imprescindibles para mejorar la calidad de vida del enfermo oncológico. Garnata. 1999. Jun, 14:5-28.
6. Griffin J., cols. Supplement. End-of-Life Care in Patients With Lung Cancer. E.U. 2003.
7. Hospital MI., y Cols. Influencia de los cuidados enfermeros en la expectativa de vida del enfermo con cáncer de pulmón. Sal Cuid. 2004. Jul. Año 3(8).
8. Molero MJ., y Cols. Cuidados psicológicos en el enfermo de cáncer con mal pronóstico. Enferm Docente -Esp-, 1999. ene-abr, 65:30-35.
9. Perkin R. *Ética Médica*. La agonía de respiración de apnea: ¿es el último respiro necesario? 2002.
10. Yabroff KR. Palliat Med. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. 2004. Apr;18(3):202-16

11. Yadgood MC. Relieving the agony of the new pain management standards. [Am J Hosp Palliat Care](#), E.U. 2000.
12. Yates P. Families' awareness of and response to dying. [Oncol Nurs Forum](#); 1999. 26(1):113-20, EU.
13. Eysenck H.J. Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *Journal of Med. Psychol*, 1988. p. 57-75.
14. Bayes R. *Psicología oncológica*. Barcelona: Ed. Martínez Roca. 1985.
15. Tazón P. *Ciencias Psicosociales*. Barcelona, España: Ed. Masson. 1996. P. 183-186.
16. Jeammet PH, Reynaud M., Consoli S. *Psicología médica*. Ed. Masson. Barcelona. 1992. p. 230.
17. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de cuidados paliativos*. [online] 2000. [citado el 20 de Noviembre de 2006] Disponible en: www.secpal.com
18. López E. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid, España: Medica Panamericana. 1998. p. 10
19. Alonso-Fernández F. *Psicología médica y social*. Barcelona, España: Salvat Editores, S. A. 1989. P. 185.
20. Azcoaga. *Cuidados en la agonía*. [online] 2004 [citado el 29 de junio de 2006]. Disponible en <http://andarrat.free.fr/cap13a.htm>
21. *Manual MERCK Muerte y agonía*. Merck Sharp & Dohme de España, S. A. Madrid. 2005.
22. Cassem N. *Psiquiatría de enlace en el hospital general*. Madrid, España: Editorial Días de Santos. 1994. P. 419-428.
23. Gómez M. *Últimos días: Atención en el proceso agónico. Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales. Vol II*. Canarias, España: ICEPSS Editores. 1998. P. 901- 916.
24. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2000). *Declaración de posición sobre la función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias*.
25. Hildegard E. Peplow. *Teoría de las relaciones interpersonales*. Pág. 5-51.
26. *Ibidem* pág. 175.

27. Op. Cit. Pág 175-177.