

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**CUIDADOS PALIATIVOS PROPORCIONADOS POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL ENFERMO ONCOLÓGICO EN
FASE TERMINAL EN LAS UNIDADES CLÍNICAS DE MEDICINA I, II Y
III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.**

Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Enfermería

Tutora:

Lic. Elba Elena Suárez

C.I. 1.845.769

Autores:

Estrada Beltrán, Isabel Cristina C.I. 16.004.013

González Ramírez, María Verónica C.I. 15.714.742

Caracas, Marzo de 2005

AGRADECIMIENTOS

“...queremos tanto hablar con los ángeles, que no escuchamos lo que nos están diciendo. No es fácil escuchar; en nuestras plegarias siempre procuramos decir donde nos equivocamos, y lo que nos gustaría que nos sucediera. Pero el Señor ya sabe todo esto y a veces nos pide apenas que escuchemos lo que el universo nos dice. Y que tengamos paciencia...todas las batallas en la vida sirven para enseñarnos algo, inclusive aquellos que perdemos...”

Pablo Coelho

A nuestros padres, hermanos, amigos, profesores, a nuestra tutora Elba Suárez, a la Dra. Bárbara Carlés, Lic. Bertha Álvarez y demás personas que de alguna manera nos ayudaron a cumplir nuestra meta.

A ustedes gracias.

Isabel Cristina Estrada B.

María Verónica González R.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del T.E.G. presentado por Estrada B. Isabel Cristina C.I. 16.004.013 y González R. María Verónica C.I. 15.714.742, para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los ____ días del mes de _____ de 2005

Lic. Elba Elena Suárez
C.I. 1.845.769

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	iii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	iv
LISTA DE CUADROS.....	vi
LISTA DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO	
I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio.....	9
Justificación de la investigación.....	10
II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación.....	12
Bases Teóricas.....	19
Operacionalización de la Variable.....	53
Definición de Términos Básicos.....	56
III. MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Investigación.....	57
Población y Muestra.....	59
Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.....	61
Validez y Confiabilidad.....	64
Tabulación y Análisis de los Resultados.....	66
IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
Presentación de los Resultados.....	67
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	103
Recomendaciones.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	109

LISTA DE CUADROS

CUADRO	Pág.
1. Profesionales de Enfermería por Turno de Trabajo y Nivel Académico en las Unidades Clínicas de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	60
2. Tabla de Categoría de Análisis.....	66
3. Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Físico, por parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	68
4. Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Psicológico, por parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	76
5. Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Social, por parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	85
6. Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Espiritual, por parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	94
7. Resultados Generales Obtenidos en la Dimensión Alivio del Dolor Total en sus Indicadores Alivio del Dolor Físico, Dolor Psicológico, Dolor Social y Dolor Espiritual por parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	99

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Pág.
1. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de Cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Físico, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	69
2. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo al Nivel de Cumplimiento Favorable o No Favorable del Alivio del Dolor Físico, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	75
3. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de Cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Psicológico, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	77
4. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo al Nivel de Cumplimiento Favorable o No Favorable del Alivio del Dolor Psicológico, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	84
5. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de Cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Social, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	86
6. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo al Nivel de Cumplimiento Favorable o No Favorable del Alivio del Dolor Social, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	93
7. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo a la Ocurrencia de Cada Evento Observado para el Indicador de Alivio del Dolor Espiritual, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del	

Hospital Universitario de Caracas.....	95
8. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Acuerdo al Nivel de Cumplimiento Favorable o No Favorable del Alivio del Dolor Espiritual, por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	98
9. Presentación Gráfica de los Resultados Generales Obtenidos de Obtenidos en la Dimensión Alivio del Dolor Total en sus Indicadores Alivio del Dolor Físico, Dolor Psicológico, Dolor Social y Dolor Espiritual por Parte del Profesional de Enfermería hacia el Enfermo Oncológico en Fase Terminal de las Unidades de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.....	100

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS PALIATIVOS PROPORCIONADOS POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL ENFERMO ONCOLÓGICO EN
FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES CLÍNICAS DE MEDICINA I, II Y
III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.**

Autores:
Estrada Isabel C.
González María V.
Tutora:
Suárez Elba. E.
Fecha: Abril 2005

RESUMEN

Este trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería en cuanto al alivio del dolor total a enfermos oncológicos en fase terminal. La población estudiada estuvo conformada por 26 Profesionales de Enfermería (Lic. y T.S.U) de las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas. La Muestra la constituyó el 100% de los mismos. Para la recolección de datos se aplicó el método de observación participante en la realización de las actividades diarias de los profesionales de enfermería, específicamente en la aplicación de cuidados a los enfermos oncológicos en fase terminal; el instrumento utilizado constó de una guía de observación con 44 preguntas de alternativas dicotómicas. Se pudo concluir en relación al dolor físico que sólo el 14,6% de las veces el profesional de enfermería realiza acciones destinadas a aliviar esta dimensión del dolor; En cuanto al alivio del dolor psicológico se obtuvo un 44,4% de acciones proporcionadas por el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal; El 76.5% de las veces el profesional de enfermería realizó acciones para aliviar el dolor social del enfermo oncológico en fase terminal; En ningún momento se observó acciones relacionadas al alivio del dolor espiritual (0 %). Estos resultados evidenciaron que el 66% de las veces el profesional de Enfermería no realiza Cuidados Paliativos destinados al alivio del dolor total; lo que pone en riesgo la calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería tiene como objetivo principal satisfacer las necesidades del enfermo y su familia, a través de una atención integral que permita proporcionar cuidados individualizados.

De acuerdo con Maslow, una de las necesidades a satisfacer por el profesional de enfermería es el bienestar, el cual es descrito por Potter, P. y Griffin, A. (2002) como “...el estado de haber conseguido las necesidades humanas básicas para la comodidad (estado que favorece la realización de las actividades cotidianas), el alivio (necesidad conseguida), y la trascendencia (estado en que uno supera los problemas o el dolor)” (p.1305).

Por otro lado, el bienestar es uno de los objetivos principales en los Cuidados Paliativos, los cuales consisten en acciones destinadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase terminal hasta que se produzca la muerte.

Estos últimos son definidos como aquellos que sufren una enfermedad avanzada con un diagnóstico confirmado y un pronóstico de vida inferior a seis meses; donde surgen inquietudes acerca de la calidad de la vida; proceso de la enfermedad; consecuencias terapéuticas; impacto familiar, social, psicológico y espiritual; adaptación a los constantes cambios tanto fisiológicos, físicos y

terapéuticos, propios del deterioro ocasionados por la enfermedad, así como la presencia de dolor.

Este último elemento se encuentra enmarcado por cuatro factores (físicos, psicológicos, social y espiritual), los cuales conforman el tema principal de este trabajo de investigación, en la que se determinará los Cuidados Paliativos que administra el Profesional de Enfermería a los enfermos oncológicos en fase terminal en las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas

El trabajo está estructurado en la forma siguiente:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, Objetivos Generales y Específicos del estudio, y la Justificación de la investigación.

Capítulo II: Desarrollo del Marco Teórico, incluyendo los Antecedentes y las Bases Teóricas que sustentan la variable de la investigación propuesta, su Operacionalización y Definición de los Términos Básicos.

Capítulo III: Diseño de la Investigación, Tipo de Estudio, Población y Muestra, Métodos e Instrumentos para la recolección de datos, Validez y Confiabilidad.

Capitulo IV: conformado por la Presentación y Análisis de los Resultados y por último el Capitulo V en la que se exponen las Conclusiones y Recomendaciones. También se incluyen las Referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Cuidados Paliativos son todas aquellas acciones proporcionadas a los enfermos oncológicos en fase terminal los cuales se centran en la persona desde una perspectiva integral, es decir, no sólo atiende el estado físico y fisiológico sino también los aspectos emocionales, espirituales y sociales.

El objetivo de los Cuidados Paliativos consiste en proporcionar el mayor bienestar al enfermo y a sus familiares, a través del mantenimiento de la calidad de vida en el control del dolor y el sufrimiento hasta que la muerte se produzca.

En este sentido, los Cuidados Paliativos están dirigidos al enfermo en fase terminal; el cual es definido por Castillo, V. (1990) como “aquel que sufre una enfermedad sin posibilidades de recuperación, al cual se le aplica un tratamiento de tipo paliativo, y su muerte muy probablemente se producirá en un corto lapso”. (p.69).

De acuerdo a esta definición el enfermo en fase terminal ya no tiene respuesta a tratamiento curativo, por lo que se le proporcionará un tratamiento destinado a mantener o mejorar las condiciones de vida; es por ello, que las necesidades manifestadas por él se verán aumentadas en número e intensidad.

Por otro lado, el enfermo con cáncer terminal se caracteriza por padecer una patología progresiva, que pudiese ser imperceptible en su comienzo y que invariablemente culmina con la invasión de tejidos vitales, añadiendo a esto que para fines curativos, estos enfermos se han sometido a una serie de tratamientos que resultan agresivos, no sólo por los efectos de los mismos (desfiguración, mutilación de miembros, entre otros) sino que además implican para el enfermo una serie de cambios en el estilo de vida y calidad de la misma, lo que puede traducirse en un desequilibrio en los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Es así como el enfermo oncológico en fase terminal ha de requerir cuidados adaptados a estas circunstancias, en las que debido a su deterioro progresivo se hará más dependiente del profesional de enfermería y de sus familiares.

Gómez, M. (1999) explica que uno de los objetivos primordiales en los cuidados paliativos es el proporcionar el mayor bienestar al enfermo, el cual lo define de la siguiente forma:

Es la sensación global de satisfacción o alivio a las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales que puede experimentar el enfermo de forma intermitente, continua o esporádica, a lo largo de la última etapa de su existencia. Por ello, la enfermería tiene un papel fundamental en esta área, ya que aquello, se logra en gran medida con los cuidados integrales propios del quehacer de los enfermeros. (p.973)

Dentro de este marco, la necesidad de bienestar conforma uno de los objetivos más importantes, y así el alivio del dolor total se convierte en constante vital para la satisfacción de esta necesidad.

De acuerdo a López, E. (1998) el dolor total “Es un concepto subjetivo y se percibe como una sensación somato-psíquica modulada por diversos elementos físicos y emocionales”. (p103).

Entre esos elementos físicos se encuentran la invasión de tejidos, compresión nerviosa, inmovilidad, debilidad, úlceras por presión, entre otras. Entre los elementos emocionales se encuentran la percepción de la enfermedad, el entorno social y familiar.

De acuerdo a esto, el dolor total es aquel que parte de una experiencia física y trasciende a otras dimensiones: Dolor físico, dolor psicológico, dolor social y dolor espiritual. El dolor físico, que ha sido ampliamente definido, se entiende como el resultado de una transmisión de impulsos generados después de la aplicación de un estímulo.

Dentro de las acciones de enfermería pertinentes en esta dimensión del dolor se encuentran la administración de analgésicos, el proporcionar un ambiente adecuado para el descanso a través de la disminución de ruidos y el respeto por el sueño, la aplicación de masajes así como la aplicación de calor o frío en las áreas afectadas, los métodos de relajación, visualización y la musicoterapia; las cuales se realizaran después de la valoración de la intensidad, localización y características del dolor.

Así mismo, el dolor psicológico es aquel relacionado con sentimientos, emociones e inquietudes propios del encuentro cercano de la muerte y el sentido de pérdida de control del propio cuerpo y de su destino.

El profesional de enfermería basará sus acciones en la comunicación con el enfermo, no sólo para el alivio del dolor psicológico, sino también del dolor social y espiritual, el primero relacionado con problemas familiares, financieros y la pérdida del rol en la familia; el segundo se refiere a todas aquellas preguntas existenciales y del destino del alma.

En este sentido, el dolor total suele manifestarse en la preocupación, temor, miedo y angustia a los cambios físicos, al dolor físico, debilidad, a la agresividad de los tratamientos paliativos (quimioterapia y radioterapia); a las actividades realizadas que causan remordimiento y a los asuntos pendientes, entre estas últimas, el arreglo de papeles de herencias y reparticiones de bienes, destino del cuerpo, tutela de menores; al tiempo de los familiares dedicados al cuidado del enfermo que conlleva muchas veces al descuido de sus propias familias y actividades laborales; a los gastos clínicos; al desconocimiento acerca del destino del alma, el cual depende de sus propias creencias, también se confronta con sentimientos de culpabilidad por dejar a los seres queridos, y por las deudas adquiridas durante el tiempo de hospitalización, al comportamiento de la sociedad.

La intensidad de este sentir dependen de muchos factores: percepción y significado de su vida, su enfermedad y de la muerte; el ánimo, los valores y creencias; los diferentes estímulos ambientales, la compañía, la distracción, el afecto y los factores modificables del ambiente; por tanto ameritarán de Cuidados Paliativos proporcionados por el profesional de enfermería que comprendan y entiendan el ciclo de la vida y la muerte, con habilidades comunicativas, que le permitan expresar sentimientos y transmitir conocimientos; y a su vez atender a las expresiones verbales y corporales tanto del enfermo como de sus familiares, logrando con esto mantener un sistema de apoyo para el alivio del dolor total.

Por consiguiente el profesional de enfermería debe poseer habilidades para el trabajo en equipo y considerar el mismo como un instrumento básico de trabajo con enfermos oncológicos en fase terminal; que conozca y maneje con agilidad conceptos y temas relacionados a la muerte y el duelo; que posea un sistema de valores definido, concordantes con la ética profesional de enfermería y que posea interés especial en el tema que le permita aligerar la carga emocional que para muchos profesionales implica el trato y cuidado de pacientes oncológicos en fase terminal y lo incite a mantenerse al día en cuanto a la obtención de información para el mejoramiento de las formas de actividad y el logro de los objetivos de Cuidados Paliativos.

Ante lo expuesto se observó que en el Hospital Universitario de Caracas los enfermos en fase terminal son ubicados en los diferentes departamentos clínicos según la especialidad de la patología presentada, lo que hace inferir si este tipo de enfermos reciben el Cuidado Paliativo que precisan. Para efectos de este trabajo de investigación se circunscribió a las unidades clínicas de Medicina I, II y III, en las cuales se pretendía dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Proporcionará el profesional de enfermería Cuidados Paliativos en el alivio del dolor físico al enfermo oncológico en fase terminal en las unidades clínicas de Medicina I, II y III?

¿Proporcionará el profesional de enfermería Cuidados Paliativos en el alivio del dolor psicológico al enfermo oncológico en fase terminal en las unidades clínicas de Medicina I, II y III?

¿Proporcionará el profesional de enfermería Cuidados Paliativos en el alivio del dolor social al enfermo oncológico en fase terminal en las unidades clínicas de Medicina I, II y III?

¿Proporcionará el profesional de enfermería Cuidados Paliativos en el alivio del dolor espiritual enfermo oncológico en fase terminal en las unidades clínicas de Medicina I, II y III?

Es por lo anteriormente expuesto que deriva el siguiente problema a investigar:

¿Cuáles son los Cuidados Paliativos que el profesional de enfermería proporciona en el alivio del dolor total a los enfermos oncológicos en fase terminal en las unidades clínicas de medicina I, II, y III del Hospital Universitario de Caracas?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Determinar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería en cuanto al alivio del dolor total a enfermos oncológicos en fase terminal del Hospital Universitario de Caracas.

Objetivos específicos:

- Identificar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal en el alivio del dolor físico.

- Identificar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal en el alivio del dolor psicológico.

- Identificar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal en el alivio del dolor social.

- Identificar los Cuidados Paliativos que proporciona el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal en el alivio del dolor espiritual.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de este estudio de investigación obedece a tres características: científico, técnico y humanístico. Científico, en el sentido que proporciona conocimientos acerca del cuidado a enfermos oncológicos en fase terminal, en específico a lo que se refiere a la satisfacción de una de las necesidades que más preocupan a la población oncológica y general, como lo es el bienestar sobre todo lo relacionado al alivio del dolor total; además de contribuir con las líneas de investigación de la Escuela de Enfermería, convirtiéndose esta en antecedente y fuente de consulta para otros trabajos de investigación.

A nivel técnico, permite aportar conocimientos a los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados paliativos de calidad a los enfermos oncológicos en fase terminal a través de la generación de nuevos enfoques que permitan organizar actividades y realizarlas para la consecución del principal objetivo de los Cuidados Paliativos, el cual responde al mejoramiento de la calidad de vida del enfermo, mediante la satisfacción de necesidades y la elaboración de un plan de cuidados personalizado que incluya también a su familia.

Institucionalmente, aporta al Hospital Universitario de Caracas datos relacionados con el cuidado proporcionado a enfermos oncológicos en fase terminal en las Unidades clínicas de Medicina I, II y III, de manera que los mismos indaguen y generen soluciones para el mejoramiento en la prestación del cuidado paliativo de los enfermos oncológicos en fase terminal en esta y otras unidades clínicas.

Los Cuidados Paliativos y el trabajo de investigación, responde a una necesidad humana, como lo es el respeto a la dignidad del enfermo oncológico en fase terminal, viendo al mismo desde una perspectiva holística, es decir, como el conjunto o la suma de sus partes (física, psicológica/emocional, social y espiritual). Desde este enfoque se integran todos los elementos que constituyen a una persona, en un determinado momento de su vida, que en este caso sería la finalización de la misma; y con una patología determinada (signos y síntomas del cáncer no recuperable); tarea que resulta compleja para los profesionales de la salud y que requiere de un estudio específico. De allí la importancia de estas investigaciones, pues las mismas de alguna manera fortalecen el desarrollo de esta especialidad en Venezuela y garantiza el cumplimiento de los Cuidados Paliativos que aparte de beneficiar al enfermo, a sus familiares, quienes han de ser incluidos en el cuidado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se sustenta la variable de investigación a través de la presentación de **los antecedentes**, los cuales indican conclusiones existentes acerca del problema formulado; de **las bases teóricas**, que conforma un compendio de conocimientos relacionados al estudio; de **la operacionalización de variables**, que señala los indicadores y subindicadores a desarrollar para la resolución del problema; y por último **la definición de términos básicos** necesarios para la comprensión del sentido específico de los mismos utilizados por las autoras en el desarrollo del presente capítulo.

ANTECEDENTES

Jiménez S. y Castillo, V. (1997) realizaron un trabajo de tipo descriptivo en el que estudia la relación enfermera paciente en fase terminal que presenta dolor. El estudio se realizó a través de un cuestionario que fue aplicado a 110 enfermeros. La muestra estuvo constituida por 74 Técnicos Superiores (TSU) 19 Bres. Asistenciales, 12 Licenciados y cinco enfermeros graduados antes del año 1972.

Para recolectar la información se aplicó un cuestionario que indaga sobre el nivel de conocimiento de los enfermeros en relación a los efectos analgésicos de algunas drogas de uso común que se utilizan para el alivio del dolor de los pacientes críticamente enfermos.

Los resultados evidenciaron que aproximadamente el 36,36 % de los encuestados respondieron que el Diazepan (Valium) e igualmente 31,82 % Midazolam (Doricum) tienen efectos analgésicos. En relación a los relajantes musculares no despolarizantes, al 12,73 % del total de la muestra le atribuyó efectos analgésicos a los relajantes Pancuronio y Bromuro de Vecuronio, y 14,55 % consideraron que estos relajantes tienen efectos ansiolíticos. Los narcóticos Morfina y Fentanil fueron correctamente identificados por parte de los enfermeros encuestados.

Este antecedente se convierte en un aporte para el presente estudio al explicar la importancia del conocimiento y el apropiado manejo de terapias farmacológicas por parte de los profesionales de enfermería, siendo estas acciones una constante vital para el éxito en el alivio del dolor físico.

Farfán, L.; Flores, C. y Suárez, E. (1998) realizaron un estudio descriptivo sobre la relación de ayuda que establece el personal de enfermería con el enfermo terminal en las dimensiones respeto y comprensión, en la Unidad Clínica de Medicina Interna del Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde” de Valencia.

Para tal fin, se tomó una población conformada por catorce (14) enfermeros de atención directa y se utilizó el método de la observación, participante sistemática, recolectándose la información a través de un instrumento tipo guía de observación, de 25 ítems.

Los resultados de acuerdo a sus autores, reflejan una escasa relación de ayuda establecida por los enfermeros con el enfermo terminal; lo que de alguna manera ratifica la importancia del conocimiento de los cuidados paliativos, que en consecución de su principal objetivo, el cual consiste en mejorar la calidad de vida del enfermo Terminal ha de basarse en el respeto y la comprensión como pilar fundamental en la actuación diaria de los profesionales de enfermería, siendo este el principal aporte del estudio al presente trabajo de investigación.

Padilla, F. y Suárez, E. (2000) realizaron un estudio descriptivo cuyo objetivo fue determinar la atención que proporciona el profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades psicológicas y espirituales en los pacientes en fase terminal en la Unidad Clínica de Medicina interna del Hospital Central de Maracay.

La población fue escogida de manera no probabilística conformado por 18 profesionales de enfermería. El instrumento utilizado un cuestionario tipo Likert modificado y una guía de observación participante sistemática.

Los resultados arrojados por este estudio fueron que un 61,1 % de los profesionales tienden a satisfacer siempre en conjunto las necesidades psicológicas, mientras que durante la observación se verificó que “algunas veces” satisfacen las necesidades psicológicas del paciente en fase terminal.

Los profesionales de enfermería encuestados no mostraron una tendencia conductual única en la satisfacción de las necesidades espirituales, mientras que durante la observación tiende “algunas veces” el profesional a satisfacer estas necesidades.

Este trabajo de investigación resalta la importancia de la atención a las necesidades psicológicas y espirituales de los pacientes en fase Terminal, y realizan su aporte al enfatizar que debido a su condición de enfermos terminales ameritan de cuidados especiales realizados con dedicación, aceptación y diligencia, de forma humana y compasiva, viendo al enfermo desde una perspectiva integral.

Dayar, L.; Palencia, E.; Valera, I. y Navarro, M. (2000) presentaron un trabajo sobre el impacto emocional en las enfermeras de atención directa causado por los cambios físicos del paciente oncológico en el instituto Dr. Miguel Pérez Carreño de Valencia durante el tercer trimestre del año 2000.

La muestra fue de 33 enfermeros de atención directa. El instrumento utilizado fue un cuestionario dividido en dos secciones: la primera compuesta de cuatro (4) ítems relativos a caracterización de la muestra y, la segunda de 54 ítems referidos a respuestas físicas, psíquicas y sociales de los enfermeros.

Los resultados obtenidos demostraron que los enfermeros de atención directa se ven afectados emocionalmente por los cambios físicos en pacientes oncológicos, evidenciado por alteraciones del sueño y dificultad para conciliar el mismo, además presencia de problemas digestivos, bruxismo e incremento del consumo de alcohol y cigarrillos.

Los enfermeros encuestados presentaron dolores articulares, respiratorias, dermatológicas y cefaleas. En cuanto a las respuestas psíquicas, se evidenció una pérdida de interés en el trabajo y temor, además de incompreensión, dificultad para concentrarse. Socialmente se detectó dificultades de integración, también se detectó disminución del impulso sexual.

Este trabajo contribuye con la presente investigación al explicar la importancia de la existencia de un profesional de enfermería entrenado en cuidados paliativos, lo que le permite enfrentar y comprender el deterioro físico progresivo, atender la necesidad de relación del enfermo y su familia, entender el ciclo de la vida y la muerte; todos aspectos relevantes para asegurar la prestación de cuidados paliativos de forma sostenida y con la mayor calidad posible.

Padrón, L.; Pérez, E.; Zambrano, N. y Navarro, M. (2000) realizaron un estudio de tipo descriptivo el cual tuvo como objetivo determinar el conocimiento que tiene el enfermero de atención directa sobre el apoyo emocional que se brinda al paciente sometido a tratamiento con drogas citostáticas.

La población estuvo conformada por 39 enfermeros de atención directa. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento elaborado por las autoras, el cual consta de dos partes: la primera referida a los datos sociodemográficos de la muestra, y la segunda con 23 ítems referidos a la información sobre el tratamiento del cáncer, respuesta del individuo a la enfermedad y su tratamiento y habilidades de afrontamiento.

Los resultados demostraron que los enfermeros de atención directa poseen conocimientos deficientes en cuanto a terapias utilizadas en el tratamiento del cáncer, y la acción y los efectos secundarios de los citostáticos. En cuanto a las respuestas conductuales y cognitivas de los individuos al tratamiento, el conocimiento es insuficiente; lo mismo ocurre con las respuestas socioculturales. El enfermero de atención directa no tiene suficiente conocimiento para favorecer las habilidades de afrontamiento del paciente sometido a tratamiento, con citostáticos, desconociendo el impacto que puede tener el cáncer y su tratamiento sobre el paciente y su grupo familiar.

En relación con el presente trabajo de investigación, se resalta la importancia del conocimiento de los efectos de las terapéuticas, a nivel físico y psicológico/emocional y social, lo que se constituye una herramienta para evitar la limitación que representan estas situaciones para el profesional en el mantenimiento o mejoramiento de la calidad de vida del enfermo Terminal.

Moreno, N.; Rodríguez, L.; Valenzuela, C. y Suárez, E. (2004) en su trabajo especial de grado, cuyo objetivo consistía en “Determinar la Participación del Profesional de Enfermería en la Aplicación de Cuidados Paliativos a Enfermos con SIDA en Fase Terminal”.

La población se encontraba conformada por el 100 % de Profesionales de enfermería y enfermos con SIDA en fase terminal de la Unidad Clínica de Medicina Interna del Hospital “Dr. Domingo Luciani” El Llanito-Petare.

Se encontró que sólo el 71,25 % de profesionales de Enfermería y los enfermos con Sida aplica medidas para aliviar el dolor físico de los enfermos. El 93,56 % afirmó proporcionar medidas para aliviar el dolor psicológico del enfermo y el 76,1 % de los profesionales afirmó que aplica medidas para el alivio del dolor espiritual. En este último aspecto, el enfermo difirió en su respuesta con los profesionales, pues el 56,25 % manifestó no recibir alivio para el dolor espiritual.

El diseño metodológico de la investigación era de tipo descriptivo, de campo, prospectivo-transversal, utilizándose para la recolección de los datos dos cuestionarios, uno para los Profesionales de enfermería con alternativas tipo Likert, y otro para los enfermos con alternativas dicotónicas.

Se concluyó que los resultados obtenidos podrían deberse a la rutinización o sobrecarga laboral del profesional y se recomendó la educación en los servicios con respecto a la importancia de la aplicación de los Cuidados Paliativos.

Este trabajo de investigación constituye un aporte significativo, puesto que el mismo se enfoca al alivio del dolor total y del sufrimiento, que aún cuando trata con una población muy diferente en cuanto a sus características y necesidades, conforma una guía continua para la consecución de los objetivos del presente estudio.

BASES TEÓRICAS

Los Cuidados Paliativos son las acciones ofrecidas al enfermo oncológico en fase terminal quién es aquel cuyo diagnóstico de enfermedad está confirmado y es de carácter incurable.

Al respecto los cuidados paliativos han sido definidos por varios autores:

Bonilla P. (2003) explica que los cuidados paliativos consisten en una “atención activa, global e integral de las personas y sus familias que padecen de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, intensos y cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o en el entorno afectivo y en el propio equipo, y con pronóstico de vida limitado”. (p.1)

Al respecto López E. (1998) define cuidados paliativos como “Programas de tratamiento activo, destinados a mantener y mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo.” (p.13)

Este mismo autor aclara que el principal objetivo de los mismos consiste en “... intentar controlar, no sólo el dolor y otros síntomas molestos, sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud los últimos meses o días de su vida y tengan una buena muerte.” (p.13)

Los autores señalados coinciden en que los cuidados paliativos son las acciones destinadas a proporcionar un mayor grado de bienestar al enfermo terminal; el cual estará determinado por este; es decir, el bienestar es subjetivo, por tanto es necesario la comprensión de su estado y el promover la adaptación a los cambios, la mayor autonomía y el respeto a su dignidad hasta el momento de la muerte.

Dentro de este contexto González, M (1996) hace referencia de Sanz, J. de los criterios usados para determinar cuando un enfermo se encuentra en fase terminal:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable;
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico;
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes;
4. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte;
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses. (p.20)

Al respecto el profesional de enfermería debe analizar de manera concienzuda las condiciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales para establecer una relación de ayuda efectiva basados en sus conocimientos y habilidades técnicas, para el logro del objetivo primordial de los cuidados paliativos, que no es otro que mejorar o mantener la calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal.

Es así como este último es definido como el que sufre una enfermedad progresiva e irreversible, en donde las células cancerosas han comprometido los

principales órganos del cuerpo, y los tumores pueden producir síntomas por tres mecanismos principales: Por efectos de compresión o invasión de tejidos normales, cuyo resultado más común es el dolor físico; por liberación de hormonas, citocinas o sustancias biológicamente activas; y por efectos psicológicos secundarios a la sintomatología y/o proceso de la enfermedad, el cual se traduce en una sensación de impotencia, desamparo y pérdida de control sobre sí mismo y sobre su futuro. Aunado a esto, que se someten a tratamientos agresivos como la quimioterapia y radioterapia, los cuales provocan grandes cambios físicos, y empeoran el cuadro psico-emocional del enfermo.

Al respecto Benmergui (1977) en relación al enfermo oncológico en fase terminal, acota:

El paciente en este estadio manifiesta cierto número de temores: el temor a lo desconocido; a la soledad; a inspirar compasión; a la mutilación corporal, ya que esta implica tanto pérdida física como una pérdida de la autoimagen, que puede provocar una sensación de ser feo y susceptible de ser rechazado; a la pérdida del auto-control del cuerpo y de la mente, lo cual puede amenazar la integridad personal, porque uno es colocado en una posición de dependencia tal que el sentido del yo deja de ser dueño de su destino y capitán de sí mismo. (p.54)

Es en este momento que el profesional de enfermería proporciona atención, basada en técnicas y procedimientos, para el cumplimiento de los objetivos de los cuidados paliativos, que de acuerdo a López, E. (1998), refiriéndose a una declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

consiste en el “Alivio del dolor y otros síntomas” como elementos que constituyen unos de los primeros aspectos a considerar.

En relación al dolor Potter, P y Griffin, A. (2002) manifiestan que “El dolor es mucho más que una simple sensación causada por un estímulo específico...Los estímulos del dolor pueden ser físicos y/o mentales en su naturaleza, por lo cual puede ser sobre tejidos reales o sobre el ego de la persona... Puede interferir en las relaciones personales e influir en el significado de la vida.” (p.1306)

Expresando así que el dolor no solo se trata de una experiencia física, como es concebido por la población general, sino que tiene otros componentes que es importante tomar en cuenta, tal como lo explicó Saunder C.(1984), quien introdujo el concepto de Dolor Total y es citado por Astudillo W. (1998) de la siguiente forma:

El dolor cuando no es aliviado, es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano porque contiene los siguientes elementos: a) Físicos (daño tisular, compresión nerviosa, etc); b) Emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica); c) Sociales (pérdida de posición social, problemas económicos); y d) Espirituales (sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte) (p. 30)

Astudillo también acota: “El dolor total afecta a la integridad de la persona y puede ser visto como la punta de un iceberg, bajo la cual están diversos factores físicos, emocionales, sociales y espirituales, intrínsecamente unidos, que contribuyen cada uno a la experiencia algica.” (p.31)

De esta manera para el estudio del dolor total es necesario realizar una evaluación al enfermo oncológico en fase terminal desde un enfoque holístico, tomando en consideración los diversos factores que inciden en él.

Dentro de este contexto González, M. (1996) define dolor físico como “La percepción de la nocicepción, y ésta consiste en la actividad producida por el sistema nervioso por efectos de estímulos que real o potencialmente lesionan los tejidos” (p.439)

Al respecto es importante que el profesional de enfermería ante la presencia del dolor físico revise y conozca la historia oncológica y los antecedentes médicos, personales y sociales, a fin de prestar un cuidado acorde a la idiosincrasia del enfermo oncológico en fase terminal y la evolución de la enfermedad.

El profesional de enfermería debe prestar atención al lenguaje corporal, el cual constituye una forma no verbal de expresar dolor, una muestra de este tipo de expresión son las muecas, apretarse una parte del cuerpo o la adopción de una postura inusual, lo que llevará al profesional de enfermería a preguntarle al enfermo sobre su dolor.

Entre los aspectos a investigar se encuentra la localización, para lo cual se le pide al enfermo oncológico en fase terminal que indique o señale las áreas de dolor; las características, que de acuerdo a Potter, P. y Griffin, A. (2002) “ayuda a la enfermera a entender el modelo del dolor y el tipo de intervenciones que pueden aliviarlo” (p.1319); y los factores desencadenantes (inicio y duración).

La valoración de la intensidad del dolor físico es otra de las acciones que debe realizar el profesional de enfermería, la cual se puede llevar a cabo a través de la aplicación de la Escala Visual Análoga (EVA):

Consiste en una raya horizontal de 10cm en cuyos extremos se contraponen los términos, no dolor (0) y dolor máximo imaginable (10). El paciente marca en la raya horizontal el sitio que cree que se corresponde con su dolor y posteriormente se mide la distancia en milímetros desde el punto marcado hasta el que representa la ausencia de dolor y se asume como medida representativa del dolor padecido en ese momento. (p.453) González, M (1996)

Esta escala es la más usada por los Profesionales de Enfermería en las unidades de los Cuidados Paliativos por su manejo sencillo y por representar una de las formas más rápidas de valorar la intensidad del dolor, es por ello que de esta escala se han derivado otras, entre las que se encuentran la EVA graduada en términos descriptivos (no dolor, ligero, moderado, severo e insoportable) y EVA graduada numéricamente: es una combinación de la ordinal y la descriptiva (no dolor, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, insoportable).

Con el objetivo de superar a la EVA en términos de simplicidad y rapidez se creó la escala de grises o de Luesher: Es un test acoplado al EVA que se basa

en una serie de tonalidades (comprendidas entre el blanco y el negro). El blanco simboliza bienestar y le corresponde el 0. Al negro corresponde el nivel de máximo dolor y el gris en un color indiferente.

Es importante que la evaluación de la intensidad del dolor se realice de manera sucesiva, pues tal como lo señala Bonilla, P. (2003) “nos indica cual es el control del dolor con los medicamentos indicados y la necesidad de hacer ajustes sucesivos”. (p.1)

Esta autora también acota: “La incorrecta evaluación del dolor es la principal causa de falla en el tratamiento” (p.2) exponiendo así la importancia que la valoración del dolor se realice y que la misma sea continuada, para observar cambios, que bien pudieran ser producto del avance de la enfermedad, y la efectividad en el tratamiento de manera de asegurar el alivio del dolor y con esto mejorar su calidad de vida.

Una vez identificada la intensidad del dolor, se comienza con la administración de tratamiento farmacológico siguiendo la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual coloca los Analgésicos Antiinflamatorios No esteroideos (AINES) en el primer escalón, en el segundo a los Opiodes suaves (codeína y tramadol) y en el tercero a los Opiodes potentes (morfina y metadona).

Es importante tener en cuenta que estos fármacos deben estar indicados por el médico tratante y que su administración está sujeta a la solicitud del enfermo, tal como lo manifiesta López, E. (1998): “El dolor y su intensidad son los que el paciente dice tener, nunca lo que a nosotros nos pudiera parecer que tiene....hemos de recordar siempre que el dolor es una experiencia subjetiva muy personal.” (p.94)

Esta misma autora también expone: “Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas...Ante la aparición imprevista de un episodio doloroso, se deberían administrar dosis extras” (p. 110) Exponiendo la importancia de evitar la expresión del dolor, debido a los componentes psicoemocionales que estos episodios representan para el enfermo oncológico en fase terminal y su familia.

Así mismo existen terapias coadyuvantes al dolor físico entre las que se encuentran la aplicación de calor o frío, masajes, relajación y musicoterapia.

Al respecto el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos de América (2003) acota “La debilidad, el desgaste muscular y el dolor muscular/óseo se pueden tratar con calor (compresas calientes o almohadillas

eléctricas); frío (paquetes de hielo flexibles); masajes, presión y vibración (para ayudar con la relajación); cambios de posición o acupuntura.” (p.6)

El profesional de enfermería puede aplicar terapias de calor o frío en el mismo momento que presente el dolor físico o como una medida continua que se aplique en horas de conveniencia para el enfermo.

Al aplicar calor o frío en las zonas con dolor, el profesional de enfermería debe informar al enfermo los beneficios tal como lo explica Potter, P. y Griffin, A. (2002), por ser esta una terapia que puede ser aplicada en el domicilio y por no requerir de procedimientos especiales, tiene la ventaja de ser “una medida que permite al cliente y a la familia cierto control sobre los síntomas del dolor y su tratamiento” (p.1331)

El profesional de enfermería también debe explicar su forma de acción la cual consta de vasodilatación que permite mejorar la perfusión del tejido, resultando así efectivo en dolores locales.

En relación a lo expuesto López, E. (1998) explica el mecanismo de acción de la aplicación de la terapia de calor y frío:

La aplicación local de calor produce vasodilatación refleja, la cual aumenta la permeabilidad capilar de la región tratada y mejora sus condiciones metabólicas. La aplicación local de frío produce vasoconstricción seguida de vasodilatación. La disminución inicial del flujo sanguíneo se acompaña de un descenso de la velocidad de conducción nerviosa y de relajación muscular, enlenteciendo la conducción de impulsos nerviosos al cerebro, y asimismo de los estímulos motores cerebrales a los músculos de la zona dolorosa. Al aplicar el frío, llega el momento en que el tejido se hace excesivamente isquémico, lo cual provoca una vasodilatación refleja para conservar la viabilidad del tejido y después una vasoconstricción para evitar la caída de la temperatura cerebral. (p.105)

El autor citado también señala que el uso de mentol es de utilidad, puesto que el mismo estimula de manera continua a la piel proporcionándole a la misma sensación de calor y frío.

Igualmente el masaje es otro método utilizado por el profesional de enfermería para el manejo del dolor, que se remite al concepto de amasar, friccionar y manipular; permitiendo a éste proporcionar alivio del dolor físico y a la vez manifiesta interés por el estado del enfermo oncológico en fase terminal.

Al respecto Jerez, I. (2004) define masaje como “la combinación de variadas maniobras, basadas esencialmente en movimiento, presión y movilización aplicadas sobre el cuerpo de una forma total o parcial. Su objetivo es incidir sobre el tejido blando, reforzándolo y equilibrándolo. Estimula, relaja, alarga y equilibra la estructura del cuerpo.” (p.4)

Esta misma autora también afirma:

Los beneficios que proporciona el masaje pueden ser fácilmente enumerados, ya que aumenta la temperatura de la piel, mejora la circulación periférica, aumentando la circulación de la sangre. Acelera los procesos nutricionales y la eliminación de toxinas. Disuelve las adherencias de los tejidos blandos. Distiende los músculos y tendones contraídos. Seda y relaja el sistema nervioso central. Actúa también sobre el sistema nervioso periférico y estimula o relaja la musculatura esquelética en función de la técnica que se aplique. (p.4)

El profesional de enfermería puede aplicar esta técnica, en el momento en que se realiza el baño en cama usando productos de olor suaves que resulten agradables al enfermo oncológico en fase terminal, y combinarlos con otras técnicas como la relajación, los cambios posturales, la musicoterapia y visualización. Así mismo es importante que el profesional de enfermería informe de los beneficios y las técnicas de masaje terapéutico, de manera de alentar a la familia y al propio enfermo a realizarlos, lo que podría constituir una forma de reforzar los lazos familiares.

Entre las técnicas relacionadas con el pensamiento y la modificación de la conducta para el manejo del dolor se encuentra la relajación, la cual se usa en enfermos con cáncer en fase terminal con el fin de que los mismos se sientan en control de su situación, de manera que entiendan y comprendan el proceso de su enfermedad y sobre todo la sintomatología propia de esta.

En este marco, Pino, M. (2003) define relajación como “una herramienta que permite el control de las actividades fisiológicas, lo cual facilita el enfrentamiento a situaciones de estrés o ansiedad”. (p.2)

Por su parte Potter, P y Griffin, A (2002) describen la relajación como un “proceso que prolonga las fibras musculares, reduce los impulsos nerviosos mandados por el cerebro y, de esta forma, reduce la actividad del cerebro junto con la de otros sistemas corporales.” (p.991)

Por consiguiente la relajación permite al enfermo oncológico en fase terminal un aumento del umbral del dolor, disminución del ritmo respiratorio y de la disnea, permitiendo así un mejoramiento en la oxigenación tisular, caída de la presión arterial y frecuencia cardiaca. Logrando de esta manera la consecución de la tranquilidad y la calma.

En este sentido se puede considerar que en la aplicación de esta técnica el profesional de enfermería ha de solicitar al enfermo oncológico en fase terminal que adopte una postura anatómica cómoda, que cierre los ojos, a continuación se le dictaran algunas instrucciones entre las que se encuentran: concentrarse en los movimientos respiratorios, contraer y relajar diferentes músculos del cuerpo, repetir diferentes sonidos.

Es importante que el profesional de enfermería le recuerde que la relajación es un acto que se produce sin esfuerzo y por tanto no debe preocuparse si no ha alcanzado un estado de relajación profunda. Estas técnicas pueden

llevarse a cabo varias veces al día de acuerdo con el deseo del enfermo oncológico en fase terminal.

Tal como se expresa la técnica de relajación esta dirigida a lograr tranquilidad, postura física y comodidad para proporcionarle el bienestar al enfermo oncológico en fase terminal, en este orden Potter, P. y Griffin, A. (2002) puntualizan:

La relajación es una técnica valiosa porque permite a las personas ejercer un cierto control sobre sus vidas. Las personas pueden experimentar una menor sensación de desamparo y un estado fisiológico global más positivo, lo que les ayuda a tener una visión menos negativa de su situación (p.992)

Otra de las técnicas que entran dentro de esta categoría que tiene como propósito la ayuda efectiva en el control del dolor físico se señalan la visualización y la musicoterapia, herramientas útiles en el cuidado paliativo del enfermo oncológico en fase terminal, en procura del bienestar físico.

Cabe señalar que la visualización, esta relacionada con la relajación y ha sido definida por López, E. (1998) como “una técnica psicológica que significa la práctica regular de visualizar una situación placentera o el estado que uno desearía tener” (p.107)

Igualmente en este campo Potter, P. y Griffin, A. (2002) explican:

Las técnicas de visualización o imaginación utilizan la mente consciente para crear imágenes mentales que provoquen cambios físicos en el cuerpo, mejoren la percepción de bienestar y/o estimulen la conciencia de uno mismo... puede oscilar desde estar muy estructurada a consistir en sueños espontáneos del individuo mientras está despierto. (p.994)

De acuerdo a lo descrito la imaginación puede ser autodirigida, en la que el enfermo oncológico en fase terminal crea una imagen mental, o pueda también ser guiado por un monitor a través de un entorno en particular.

En concordancia con lo expresado el profesional de enfermería en la aplicación de la técnica de imaginación solicita al enfermo oncológico en fase terminal la utilización de lugares extrañados o paisajes de su preferencia, guiándolo en la expansión de sensaciones agradables que pudiesen ser combinados con otras técnicas como la relajación y la musicoterapia con el fin de aumentar la efectividad de los diferentes recursos terapéuticos, que de acuerdo a López, E. (1998) van dirigidos a “aprender a dejar los músculos libres de tensión, en unos pocos minutos, para adquirir después un mayor control consciente sobre el estado corporal y mental.” (p.106)

En este mismo contexto la musicoterapia consiste en el uso de la música para el mejoramiento de los procesos fisiológicos, y tiene como objetivo principal alcanzar un mayor estado de bienestar.

Villacorta, V (2000) define musicoterapia como una “técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente” (p.1)

Así mismo, López, E. (1998) explica que “la música produce efectos fisiológicos y psicológicos positivos que se aprecian por un aumento o reducción de la energía muscular, la frecuencia cardiaca, tensión arterial, así como cambios en la autoestima y expresión” (p.107)

Es así como la musicoterapia aporta también una forma de distracción, y es un medio de expresión de sentimientos que tal vez no puedan ser verbalizados.

El profesional de enfermería debe informar sobre los beneficios de la musicoterapia y proporcionar un ambiente para la aplicación de la misma, de manera de estimular al enfermo y sus familiares en el uso de esta técnica como método para mitigar el dolor físico y con ello lograr un mayor grado de bienestar.

Es importante reconocer la situación emocional y las experiencias musicales del enfermo, pues la música también podría ser una fuente de recuerdos y sensaciones, que tal vez no quieran ser revividos. Es por ello que el enfermo ha de seleccionar la música de su preferencia, en el horario y volumen que así lo desee.

Por otro lado, es igualmente importante que el profesional de enfermería valore las condiciones del ambiente, las cuales pueden causar fatiga que podría resultar en intensificar la percepción del dolor, tal como lo expresan Potter, P y Griffin, A. (2002) “La sensación de agotamiento intensifica el dolor y disminuye la capacidad de superarlo.” (p.1316) Es por ello que el profesional de enfermería debe proporcionar un ambiente sin ruidos, preguntar si el dolor interfiere con el sueño y en lo posible respetar las horas de sueño del enfermo oncológico en fase terminal.

Es imperativo que el profesional de enfermería conozca, aplique y enseñe estas técnicas y métodos coadyuvantes en el alivio del dolor físico, pues este último puede significar para el enfermo oncológico en fase terminal una disminución importante en su calidad de vida y una señal de muerte inminente, lo que se traduce en un efecto devastador en todos los aspectos vitales de la persona que lo sufre.

Como se ha señalado anteriormente, dentro del contexto de cuidados paliativos, existen otros tipos de dolor como el espiritual, social y psicológico. En este último el enfermo oncológico terminal experimenta sentimientos relacionados a un pronóstico desalentador y al proceso final de la enfermedad. Es así como Gómez, M. (1999) define el dolor psicológico:

El dolor que no proporciona prueba alguna, salvo el sentido por el individuo...El dolor no tiene evidencia de sangre derramada o del miembro roto, exige una minuciosa observación o la confianza en la palabra del enfermo. No se prueba, se siente. En este sentido acusa a

un rasgo de la condición humana que la inclusión en la sociedad se esfuerza por negar: la soledad, o más bien, la enfermedad en sí. (p.512)

Explicando de esta forma el dolor psicológico está directamente relacionado con sentimientos e inquietudes que surgen por el padecimiento de una enfermedad terminal, por el acercamiento inevitable de la muerte, y por todos los factores que conforman este proceso.

En el dolor psicológico los sentimientos que incluye el autor en referencia son el miedo, la tristeza, la rabia, el aburrimiento y el aislamiento, y a la vez explica que estas circunstancias pueden disminuir el umbral del dolor y por ello es necesario evitarlas.

Desde esta perspectiva el profesional de enfermería para proporcionar al enfermo oncológico en fase terminal el alivio del dolor psicológico debe reconocer los sentimientos del enfermo (tristeza, agresividad, aislamiento).

Al respecto Potter, P. y Griffin, A. (2002) explican que estas acciones constituyen una de las expectativas que el enfermo oncológico en fase terminal así como su familia esperan: “El cliente y la familia desean una enfermera compasiva que ayude en el reconocimiento de las emociones y sentimientos asociados a la pérdida y que aplique recursos para reducir al mínimo los problemas que pueden aparecer con la pérdida.” (p.638)

Esta acción puede ser llevada a cabo a través de la observación directa, para percibir y analizar las posturas, expresión facial, reacciones a situaciones, relaciones con los familiares; también utilizando la comunicación para facilitar la expresión de esos sentimientos y miedos, tal como lo expresan Potter, P. y Griffin, A. (2002) “Escuchar al cliente y ayudarlo a expresar sus sentimientos y pensamientos le permitirá superar sus preocupaciones” (p.643)

Así mismo Twycross, R. y Wilcock, A. (2001) señalan que el dolor psicológico se evidencia en el enfermo a través de sentimientos de “...rabia por retrasos en el diagnóstico y por el fallo de la terapéutica; miedo a la desfiguración, dolor y/o muerte; y por último sentimientos de desesperanza.” (p.18)

Los autores citados exponen que los temores a la muerte se fundamentan en el desarrollo progresivo de la enfermedad, el cual se traduce en cambios físicos que pueden ser interpretados por el enfermo como una traición por parte del propio cuerpo, y aun cuando los cambios psicológicos son diferentes entre los enfermos, las reacciones tienden a generalizarse, es así como Kübler-Ross (1969) las describe en cinco fases: la negación, la ira o enojo, pacto o negociación, la depresión y aceptación.

Dentro de este contexto López, E. (1998) cita a Kübler-Ross quién explica las fases que acompañan al hecho de morir y que son experimentadas por el enfermo oncológico en fase terminal:

La negación, la cual se caracteriza por el impacto y el rechazo de la realidad, prefiere creer que ha habido una confusión en el diagnóstico, es posible que reprima lo que escucha, tiende a desechar los pensamientos sobre la muerte para proseguir con su vida, este es un mecanismo de defensa provisional, un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, le da tiempo para recobrar y utilizar otras defensas. (p.211)

Por su parte Engel, G. (1964) citado por Potter, P y Griffin, A. (2002) propuso el proceso de duelo en tres fases: Negación, Desarrollo de la concienciación y por último Reorganización y restitución; coincidiendo con Kübler – Ross en su primera fase, explica que “el individuo niega la realidad de la pérdida y puede retraerse, permanecer sentado sin moverse o deambular sin objetivo” (p.630)

En esta etapa las acciones del profesional de enfermería deben estar enfocadas a proporcionar apoyo a través de su presencia cuando es solicitada, pues el enfermo aún cuando no acepta el diagnóstico puede enfrentarse a los miedos que este desencadena, así lo expresa Gómez, M. (1999) “...cuando empieza a instaurarse el silencio, las enfermeras saben que empiezan a sonar los timbres porque los enfermos empiezan a tener dolor. Pero también saben que muchas veces la situación se resuelve con un rato de compañía y de soporte, en vez de administrar sistemáticamente dosis extras de analgésicos.” (p.516)

Es evidente que en esta fase el profesional de enfermería también debe escuchar activamente, permitiéndole al enfermo oncológico en fase terminal compartir lo que le sucede a su manera, ya que el afrontamiento de la muerte varía de acuerdo al entorno cultural, las condiciones socioeconómicas y religiosas.

Es necesario que el profesional de enfermería realice preguntas abiertas, en las que el enfermo oncológico en fase terminal pueda expresar sus preocupaciones, lo que conlleva la aplicación de acciones adecuadas a los problemas o inquietudes presentados de manera particular, es decir permite al profesional de enfermería personalizar el cuidado.

Es importante recordar que el llamar al enfermo por su nombre debe realizarse en el primer momento de entrar en contacto con el mismo, y ha sido identificado por muchos autores como una forma de proporcionar dignidad y resaltar su individualidad, recordando que las acciones de enfermería deben basarse en el hombre como persona singular.

El profesional de enfermería debe demostrar una preocupación genuina por los problemas del enfermo oncológico en fase terminal, esto se puede llevar a cabo realizando contacto visual con el mismo y evitando posturas y muecas que impida una comunicación eficaz, pues tal como lo expresa Potter, P y Griffin, A

(2002) “el cliente percibe rápidamente quién desea y quién no escuchar sus sentimientos” (p.643).

Respecto algunos de los comportamientos que puede encontrar el profesional de enfermería al establecer comunicación con el enfermo terminal en la fase de la negación Suárez, E. (1998) explica:

Algunos enfermos pueden hablar brevemente de su situación y luego manifestar su incapacidad para seguir viéndola de un modo realista. Pueden hablar de temas referentes a su vida, compartir algunas fantasías importantes acerca de la muerte o la vida después de la muerte (en sí es una negación) y cambiar de tema a los pocos minutos contradiciendo lo que habían dicho antes, dando la impresión de que tienen una dolencia sin importancia, nada que pueda costarles la vida. (p.26)

Exponiendo de esta manera que el enfermo oncológico en fase terminal va a presentar dificultades para aceptar que cuestionen su sentimiento de negación, lo que pudiese resultar en el alejamiento de su familia y del personal de salud, y el aislamiento del entorno. De allí radica la importancia que el profesional de enfermería mantenga una comunicación efectiva, evitando así la prolongación de esta fase.

La segunda fase del proceso de la muerte expuesta por López, E. (1998) es la ira o enojo, donde el enfermo oncológico en fase terminal se cuestionará el motivo de su enfermedad terminal:

la ira o enojo: una etapa especialmente dura para quienes lo rodean pues suele proyectarse en otras personas a través de muestras de hostilidad, impaciencia, falta de interés en sus cuidados personales, manipulación por falta de atención a sus necesidades, pueden tornarse

violentos o llorosos, produciendo gran incomodidad a quienes le rodean.(p.211)

Explicando así que el enfermo oncológico en fase terminal al proyectar su ira puede provocar un deterioro progresivo en las relaciones familiares, sociales y con el equipo de salud. Los encuentros se pueden tornar desagradables para otros, de allí la importancia que el profesional de enfermería conozca y comprenda sus reacciones, lo escuche y acompañe, sin emitir juicios o críticas de su comportamiento, para la planificación de intervenciones adecuadas ante el enfermo y su familia.

De acuerdo a Kozier, B.; Erb, G. y Olivieri, R. (1993) quienes citan a Martocchio (1985) con su teoría de los cinco grupos de duelo, existe una fase relacionada a la ira o enojo, llamada *Anhelo y protesta* en la cual “El enfado que siente la persona se dirige a Dios, a otros cuya personas queridas aún viven y a los cuidadores.” (p.874)

Ante lo expuesto, el profesional de enfermería debe basar sus acciones en el establecimiento de una actitud tolerante para evitar la perpetuación de la conducta hostil del enfermo, así como una comunicación con los familiares en la que explique la etapa por la que transita el mismo, lo que permitirá un fortalecimiento de las relaciones y constituirá una herramienta eficaz para el manejo de las situaciones.

En este sentido Potter, P. y Griffin, A. (2002) “Las conductas nunca deben tomarse de forma personal.” (p.630) Estos autores exponen que la conducta humana ante una situación hostil es responder de la misma manera, por lo cual el profesional de enfermería debe evitar hacer críticas a su comportamiento y reconocer estas conductas para su superación.

La tercera etapa del proceso de la muerte descrita por López, E. (1998), es el pacto o negociación, donde explica que “En esta fase intenta negociar con su “Dios” en un intento por salir de su situación, de posponer lo inevitable y mitigar así su dolor.” (p.211).

Esta fase es una de las más difíciles de reconocer debido a que suele hacerse en momentos muy personales, donde se busca alargar la vida, ganar tiempo o simplemente posponer lo inevitable, así lo expresa Suárez, E. (1998):

Los pactos, la mayoría de las veces, los hace con su Dios y, generalmente, los guarda en secreto o los menciona entre líneas a ministros religiosos y suele expresarlos en la siguiente forma: “si me concedes la vida yo te prometo...”. Intenta encontrar medios para creer que sucederá un milagro en su recuperación o se le concederá más tiempo. (p.29).

Esta fase está íntimamente relacionada con una necesidad para aliviar los sentimientos de culpa; es por ello que el profesional de enfermería debe estar atento a los comentarios y actitudes del enfermo oncológico en fase terminal, de manera tal de poder ayudarlo a expresar estos sentimientos, apoyar en peticiones de ritos religiosos, facilitar asistencia de ministro religioso o referirlo a un

especialista de la rama psicológica, en caso de que los mismos se manifiesten irracionales.

La cuarta fase del proceso de la muerte descrita por López, E. (1998), es la depresión, donde explica que:

Es la sensación de pérdida, desaliento, melancolía y tristeza debido a que no puede seguir negando su enfermedad, existen dos tipos de depresión, la reactiva, que es el resultado de pérdida de algo que ya pasó y la preparatoria que es la pérdida inminente de todas las cosas que tiene y las personas que quiere. (p.211)

En esta fase el enfermo oncológico en fase terminal ya desiste de la idea de la prolongación de la vida; experimentará un sentimiento de pérdida, tristeza profunda, una disminución del habla, lo que podría provocar en la familia confusión por esta nueva actitud y aumentar el sentimiento de dolor, tanto del enfermo oncológico terminal como del su entorno familiar, por lo que el profesional de enfermería identificará la situación y explicará a la familia para ayudarlos a comprenderla.

De acuerdo con Martocchio (1985) citado por Kozier, B.; Erb, G. y Olivieri, R. (1993) el enfermo oncológico terminal en esta fase que él denominó *Angustia, desorganización y desesperación* expone que “Cuando se admite la realidad de la pérdida, se puede producir una depresión. El llanto es común en este momento. La persona pierde interés y motivación por el futuro, son incapaces de tomar decisiones, y pierden la confianza y los objetivos.” (p.874)

En esta fase el profesional de enfermería deberá ofrecer apoyo físico ante la necesidad de llorar. Es decir, deberá evitar abandonar al enfermo o ignorar las situaciones de llanto u otras manifestaciones, pues estas actuaciones podrían provocar sentimientos de impotencia y rechazo hacia su condición. Al respecto Potter, P. y Griffin, A. (2002) exponen: “No deben ignorarse los lloros...Decir: ‘volveré cuando cese de llorar’ da la sensación al cliente de que no es aceptable llorar. Por tanto, parece que algo va mal con el cliente.” (p.643)

Por consiguiente el profesional de enfermería en esta fase precisa permanecer al lado del enfermo en fase terminal durante estos momentos, la cual indica preocupación y valida sus sentimientos, lo que a su vez permite el establecimiento de la empatía y la confianza, pilares fundamentales en la relación de ayuda eficaz.

Es importante señalar que el profesional de enfermería observe al enfermo cuando está solo y le ofrezca compañía si así lo desea, pues como lo expresa Suárez, E. (1998) “En realidad, lo que necesita en esta fase es compañía, sin tratar de animarlo, porque esto dificultará su preparación psicológica para la aceptación” (p.33)

De acuerdo con la autora anteriormente citada el enfermo oncológico en fase terminal está consciente de su enfermedad, piensa sobre el significado de su vida y busca maneras de compartirlo con alguna persona.

Otra forma en que el profesional de enfermería expresa sus sentimientos de apoyo es a través del contacto físico, que es una conducta muy personal y tiene un significado distinto para cada persona.

De acuerdo con González, M (1996):

El tacto es el componente esencial de la comunicación no verbal. Es útil para comunicar asentimiento, confianza, seguridad de no abandono y señal de apoyo. No puede valorarse en todo su contenido la importancia que para el enfermo tiene el sujetar su mano, el tocar su hombro, el colocar bien su almohada o secar su frente. (p.1095)

El autor expone la importancia que el profesional de enfermería utilice el contacto físico como una herramienta de comunicación con el enfermo oncológico en fase terminal.

El baño en cama, es una las oportunidades para establecer contacto físico (haptonomia), que permite proporcionar al enfermo oncológico en fase terminal una sensación de bienestar general, puesto que con el mismo se logra a través de la transmisión de interés, cariño, cuidados, preocupación y empatía.

En este sentido Potter, P. y Griffin, A. (2002) expresan “El mantenimiento de la higiene personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar del individuo... La enfermera aprende a usar las prácticas de cuidado que ayudan a aliviar la ansiedad del cliente y a promocionar la comodidad y relajación mientras pone en práctica cada medida higiénica” (p. 1093).

La última fase del proceso de la muerte expuesta por López E. (1998) es la aceptación, en la cual el enfermo oncológico en fase terminal habrá expresado todos sus sentimientos y se encuentra dispuesto a recibir la muerte, la que define:

La aceptación, en esta ya el paciente habrá expresado todo sus sentimientos y se mostrará preparado para el momento de su muerte, las comunicaciones pueden tornarse profundas y llenas de sentido, en las que se expresa cierta paz en relación a lo que le rodea. (p.211)

Esta última etapa es también concebida por Engel (1964) como la aceptación de la realidad de la pérdida, en la que “Ya no es necesaria la rabia ni la depresión. La pérdida es evidente para el sujeto, que empieza a reorganizar su vida” (Potter, P. y Griffin, A. p.630)

En esta etapa el enfermo oncológico en fase terminal se encuentra desprovisto de sentimientos y finalmente experimenta la paz, solicitando que lo dejen solo.

Las acciones del profesional de enfermería en la fase de aceptación se basarán en el respeto a sus deseos, lo cual permite mantener la dignidad del enfermo hasta el momento de la muerte, demostrar estima y mantener la sensación de seguridad y confianza en el enfermo oncológico en fase terminal.

Otra de las acciones a ejecutar por el profesional de enfermería es el respeto al silencio, el cual constituye un instante en el que el enfermo oncológico en fase terminal se sumerja en sus propios pensamientos; puede ser para

ordenarlos, reflexionar o seleccionarlos para luego expresarlos; en este espacio puede precisar de compañía.

Al respecto Casalta, Y. (1995) expresa que el silencio es utilizado por el enfermo para “explorar sus propios sentimientos, y hablarle en ese momento podría alterar sus pensamientos. En esta situación, el paciente, en realidad dice: Necesito tiempo para pensar.”(p.162).

El contacto físico se vuelve significativo para el enfermo, pues la comunicación con el mismo en esta fase suele tornarse más gestual; y el apoyo emocional a la familia ha de brindarse de una forma más enfática. El profesional de enfermería ha de ayudar al entorno social y familiar a comprender la disminución de la necesidad del enfermo de estar con los demás y que las visitas se tornen más cortas y más tranquilas.

De este modo las fases del proceso de la muerte (negación, ira o enojo, pacto o negociación, depresión y aceptación) explican la forma en que el enfermo oncológico terminal experimenta el dolor psicológico y guían las acciones del profesional de enfermería para el alivio de este tipo de dolor.

Por otro lado, el dolor en el enfermo oncológico en fase terminal también tiene una dimensión social, como lo explica Gómez, M. (1999) “Es el dolor del

aislamiento, de tener que depender de los demás, de tener que redefinir las propias relaciones, de la pérdida del propio papel laboral y social.” (p.514)

También Twycross, R. y Wilcock, A. (2001) exponen al respecto, que el dolor social se caracteriza por “preocupación sobre la familia y las finanzas, la pérdida del trabajo y los ingresos, la pérdida de la posición social, la pérdida del rol en la familia y los sentimientos de abandono y desolación.” (p.18)

De acuerdo a lo expuesto las acciones del profesional de enfermería ante esta dimensión del dolor social se basan en la incorporación de la familia a los cuidados, en proporcionar la relación enfermo-entorno social y en la canalización apropiada de los problemas que confronta. Por tanto, la comunicación de nuevo jugará un papel fundamental para el alivio del dolor social.

En este sentido López, E. (1998) declara:

El proceso comunicativo en sí mismo puede ayudar a reducir el sufrimiento de las familias y nos va a permitir acercarnos más a ellas y contribuir a su bienestar.... El proceso comunicativo proporciona recursos que minimizan la percepción de amenaza, maximizan el poder actual percibido y facilitan la acción directa y anticipadora de los modos de afrontamiento, optimizando así el funcionamiento familiar. (p.231)

Expresando así que la comunicación se convierte en una herramienta útil para aclarar inquietudes a los familiares, ayuda a disminuir sentimientos de incertidumbre e indefensión, ira, tristeza, ansiedad, entre otros, lo que a su vez le permite al familiar afrontar la situación y comunicarse efectivamente con el

enfermo, siendo esta actuación, vital para este último, pues como lo expresa Gómez, M. (1999), “La falta de voluntad o la incapacidad de los demás para hacer compañía a los moribundos visitándolos, escuchando sus sentimientos y experiencias o discutiendo las implicaciones de lo que le está sucediendo, no hace sino agravar su aislamiento”(p.514)

Es por ello que es necesario que el profesional de enfermería flexibilice las horas de visita, puesto que el enfermo con cáncer en fase terminal requerirá del apoyo de su familia y amigos, que como explica González, M. (1996) conforman “uno de los pilares donde se sustentan los principios básicos de la actuación social...constituida por una serie de elementos que mantiene entre sí relaciones de interdependencia” (p.1180)

Estas relaciones de interdependencia se vuelven más intensas cuando el diagnóstico de enfermedad terminal amenaza la existencia y los lazos familiares creando una sensación de pérdida y de miedo tanto para la familia como para el mismo enfermo, quién puede hacerse aún más dependiente de la compañía y así jugar un papel fundamental en la aparición del dolor.

Al respecto Potter, P y Griffin, A. (2002) exponen que “Las personas con dolor suelen depender de miembros de la familia o amigos próximos para su apoyo, atención y protección. Aunque el dolor siga existiendo, la presencia de un familiar puede minimizar la soledad y el miedo” (p.1316)

Es igualmente importante que el profesional de enfermería facilite la intervención de los familiares en los cuidados paliativos. De acuerdo a esto López, E. (1998) refiere:

La implicación de los familiares en las tareas de cuidado es fundamental y decisiva. Son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo al lado del paciente (tanto en el hogar como en el hospital), contando además con un fuerte vínculo emocional ya creado.... La familia ha de poder participar en la elaboración de los objetivos terapéuticos y sentirse integrada a la hora de tomar decisiones, todo ello junto con el paciente y el equipo de atención sanitaria (p. 227)

Expresando con esto, que la participación activa de la familia en los cuidados del enfermo oncológico en fase terminal ayudará a la misma a sentirse en control de la situación, a disminuir sus miedos y emitir preguntas acerca de la condición del enfermo y sus cuidados, además fortalecerá los vínculos.

Así mismo Potter, P. y Griffin, A. (2002) exponen que “La implicación de la familia en los cuidados del cliente moribundo puede ayudar a que la familia tenga la sensación de participar y que disminuya su grado de impotencia durante el proceso de la muerte” (p.648)

Por otra parte, informar sobre los trámites y certificados de defunción son otras de las acciones del profesional de enfermería, al igual que todos los asuntos relacionados con los servicios funerarios. Al respecto Potter, P. y Griffin, A. (2002) expresan que el profesional de enfermería debe “conocer con detalle sobre

lo que se debe hacer, quién lo hace, dónde y cuándo, así como la organización de traslados y qué formularios deben llenarse y a quién deben enviarse” (p.649).

Estos mismos autores también afirman “El papel fundamental de la enfermera estriba en revisar bien los recursos de la comunidad para dirigir todas las acciones disponibles para cada cliente” (p.641)

Es por esta razón que la valoración de la condición social y económica del enfermo oncológico en fase terminal, es importante para conocer el apoyo familiar (si tiene familiares y el número del núcleo familiar) y el soporte económico con que el enfermo oncológico en fase terminal cuenta, con la finalidad de establecer sistemas de apoyo que permitan mejorar las condiciones de vida.

Los sistemas de apoyo constituyen aquellos departamentos alternos al de enfermería, los cuales intervienen aportando conocimientos y habilidades con la finalidad de mejorar la calidad de atención y dar solución a los problemas planteados.

Dentro de este contexto López, E. (1998) expone que el ser humano por su naturaleza “pluridimensional” requiere de la intervención terapéutica multidisciplinaria para lo cual es necesario: “...la existencia de diferentes profesiones capaces de abarcar la complejidad de la persona... y la capacidad de

organizarse adecuadamente para que su intervención sea realmente útil y no caótica” (p.257)

Es así como el profesional de enfermería debe interactuar con otros profesionales a fin de reforzar las acciones conducentes a proporcionar bienestar en el enfermo oncológico en fase terminal.

Entre esos sistemas de apoyo se pueden mencionar el equipo médico, a los nutricionistas y al trabajador social, este último responsable de modificar situaciones sociales no deseadas, en orden de mejorar las condiciones de calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal

En este orden de ideas se destaca lo que sustenta Gómez, M. (1999) quién define las funciones del trabajador social como los que “Se ocupan de evaluar, de proporcionar ayudas prácticas, de actuar, en calidad de intermediarios, con los familiares y con otros servicios y de dar asesoramiento; con frecuencia, tienen que coordinar ayudas y servicios, informar y orientar.” (p.952)

Por tanto el profesional de enfermería, precisa mantener comunicación con el trabajador social con la finalidad de diligenciar ayuda o aportes al enfermo oncológico en fase terminal o a la familia en procura de su bienestar.

Otro sistema de apoyo son los ministros religiosos pues los mismos constituyen un medio que ayuda al enfermo oncológico en fase terminal y a la familia a sentirse tranquilos, reivindicados con la vida y con el pasado, de tal manera de encontrar una muerte pacífica, un buen morir.

De acuerdo a esto Gómez, M. (1999) explica que “La presencia del sacerdote al lado de los enfermos en fase terminal, es de por sí una oferta de Dios, un modo de acompañamiento personal y una ayuda al morir en paz y a encontrarse con plenitud en su ser con independencia de las creencias de cada paciente” (p.989)

Expresando de esta forma que el profesional de enfermería debe conocer y respetar la religión que profesa el enfermo, facilitar la ejecución de los ritos religiosos, orar, cantar, rezar, lectura de los libros sagrados y la presencia del ministro religioso puesto que estos elementos constituyen una manera de soportar y expresar el dolor.

Así mismo Potter, P. y Griffin, A. (2002) exponen que el profesional de enfermería muestra respeto por la religión del enfermo al cooperar con los que administran cuidados religiosos, proporcionado intimidad y facilitando la administración de los sacramentos o los ritos, y a la vez enfatiza “La enfermera debe mostrar respeto por iconos, medallas, alfombras de oración o cruces que los

clientes lleven consigo a los entornos de cuidados de salud para asegurarse que no se extravíen, deterioren o desaparezcan” (p.620)

Estos aspectos tienen un carácter social, puesto que la religión constituye un sistema de creencias de una determinada población. Es posible que una persona practique determinada religión pero no sea espiritual, y viceversa; puesto que la espiritualidad hace referencia a la búsqueda de un significado existencial de la vida, y representa otra dimensión del dolor.

En el marco del dolor espiritual Twycross, R. y Wilcock, A. (2001) explican que el dolor espiritual está íntimamente relacionado a cuestiones existenciales, tales como: “Por qué he enfermado? ¿Por qué Dios permite que sufra de esta manera? ¿Cuál es el objetivo de esto? ¿Cuál es el significado o el propósito de la vida? ¿Seré perdonado por todo lo malo que he hecho en el pasado?” (p.18)

Igualmente González, M (1999) lo relaciona con los valores o “la capacidad valorativa que abre la posibilidad autotrascendente” (p.665)

Por consiguiente las acciones del profesional de enfermería en el dolor espiritual, se enfocarán a reconocer la relación del enfermo con su propia existencia, a dar y aceptar el perdón, a reafirmar su importancia como ser humano

que ama y es amado, a reconocer sus logros personales en el pasado y en el presente; y a visualizar en que consiste la realización espiritual y humana para él.

En este sentido lo puntualiza López, E. (1998):

Todas las creencias de paciente y familia deben ser exploradas, el ser humano siempre tendrá una sutil necesidad de explicar la realidad de las cosas y del mundo entero. Un conjunto de ideas y de disposiciones que son la expresión propia de la persona única, cuya concordancia y orden internos no están garantizados. Es aquí donde la realidad humana adquiere un sentido de valor que puede ser considerado como aquello hacia lo cual un ser *trasciende*... Un alma, especialmente abierta a la novedad vital y a la fricción de ver y saber....Certeza de la cual no podemos desplazar a pacientes ni familia, y tampoco ignorarla como terapeutas. (p.354)

Expresando así la importancia que el profesional de enfermería adapte sus acciones al sistema de creencias del enfermo y proporcione un sistema de atención y cuidado personalizado, puesto que cada persona percibe su realidad espiritual de distinta forma.

Así mismo, Kozier, B.; Erb, G. y Olivieri, R. (1993) explican que entre las acciones de enfermería para el alivio de dolor espiritual se encuentran el “Ayudar al cliente a encontrar un significado a su existencia y a la situación por la que está pasando.” (p.839)

Para ello es vital el establecimiento de la confianza y una relación compasiva y comprensiva entre el enfermo oncológico en fase terminal y el profesional de enfermería, de manera tal que el primero se sienta en libertad de

descubrir el significado que tiene la enfermedad y la pérdida, así como del significado y la finalización de su vida.

Por su parte Potter, P y Griffin, A. (2002) explican que “Los individuos que pueden aceptar cambios en su vida, tomar decisiones relativas a su bienestar y que son capaces de perdonar a los demás en momentos de dificultad tienen un mayor grado de bienestar espiritual” (p.611)

Expresando con esto que el bienestar espiritual también está dado por las experiencias de vida, que incluyen las relaciones interpersonales, enfatizándose en la familia y los logros personales, aspectos que el profesional de enfermería debe abarcar a través de la comunicación y el establecimiento de una relación significativa con el enfermo oncológico en fase terminal.

Es importante enfatizar que el profesional de enfermería en la atención y el cuidado del enfermo oncológico en fase terminal debe poseer conocimientos sólidos que permitan lograr el objetivo de los cuidados paliativos en el alivio del dolor total el cual consiste en mantener o mejorar la calidad de vida hasta que la muerte se produzca.

Es así como en este capítulo II se encuentran los antecedentes y bases teóricas, que fundamentan la variable en estudio y aportan conocimientos acerca

de la misma, ayudando al profesional de enfermería a garantizar la aplicación de los cuidados paliativos en las diferentes instituciones hospitalarias.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Cuidados Paliativos en enfermos oncológicos en fase terminal

Definición conceptual:

Atención total, activa y continuada del paciente y su familia por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. (González P, p7)

Definición Operacional: Acciones que realiza el profesional de enfermería a enfermos adultos oncológicos en fase terminal con el objetivo de proporcionar bienestar enfocados al alivio del dolor total en sus cuatro componentes: física, psicológica, social y espiritual.

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Son las acciones que ejecutadas por el profesional de enfermería proporcionan bienestar al enfermo oncológico en fase terminal a través del alivio del dolor físico, psicológico, social y espiritual.	Dolor físico: son las acciones que realiza el profesional de enfermería con el objetivo de disminuir la actividad producida por el sistema nervioso que resulta de una lesión real o potencial de los tejidos.	-Administra analgésicos cuando son solicitados.	1
		-Informa sobre los beneficios del masaje terapéutico.	2
		-Informa sobre las técnicas de masaje terapéutico.	3
		-Aplica masaje terapéutico	4
		-Informa sobre beneficios de la musicoterapia.	5
		-Propicia ambiente para escuchar música.	6
		-Identifica la intensidad del dolor.	7
		-Identifica la localización del dolor.	8
		-Identifica las características del dolor.	9
		-Enseña técnicas de relajación.	10
		-Enseña técnicas de visualización.	11
		-Informa sobre los beneficios de las terapias de temperatura (uso de calor y frío)	12
		-Aplica calor o frío en las zonas con dolor.	13
		-Proporciona un ambiente adecuado para el descanso.	14
		-Respeta las horas de sueño.	15
		-Realiza el cambio postural.	16
Dolor psicológico: Son las acciones que el profesional de enfermería realiza para aliviar sentimientos que surgen del padecimiento de una enfermedad terminal.		-Llama al enfermo por su nombre.	17
		-Reconoce los sentimientos del enfermo (tristeza, agresividad y aislamiento)	18
		-Facilita la expresión de sentimientos e inquietudes.	19
		-Atiende a su llamado con prontitud.	20
		-Realiza baño en cama.	21
		-Facilita la expresión de miedo.	22

		<ul style="list-style-type: none"> -Lo acompaña cuando está solo. 23 -Realiza contacto físico con el enfermo. 24 -Respeta sus deseos. 25 -Respeta su silencio. 26 -Escucha activamente al enfermo. 27 -Ofrece apoyo físico ante la necesidad de llorar. 28 -Critica el comportamiento del enfermo. 29 	
	<p>Dolor social: Son las acciones que realiza el profesional de enfermería con el objetivo de ayudar al enfermo en la redefinición de las propias relaciones, disminuyendo sensaciones de aislamiento, dependencia y de la pérdida del propio papel laboral y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Facilita la comunicación enfermo-familia 30 -Aclara inquietudes a la familia. 31 -Identifica la presencia y/o ausencia del grupo familiar. 32 - Identifica las necesidades económicas del enfermo. 33 -Canaliza problemas a otros departamentos (trabajo social, nutrición, medicina) 34 -Flexibiliza horarios de visita. 35 -Estimula a la intervención de los familiares en los cuidados del enfermo. 36 -Respeta la religión del enfermo. 37 -Facilita ritos religiosos. 38 	
	<p>Dolor espiritual: Son las acciones que realiza el profesional de enfermería con el objetivo de ayudar al enfermo a responder cuestionamientos existenciales y de su propia capacidad valorativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estimula al enfermo a expresar su relación con Dios 39 -Ayuda al enfermo a perdonar a otros. 40 -Ayuda al enfermo a perdonarse a sí mismo. 41 -Reafirma la importancia de la existencia del enfermo. 42 -Reconoce sus logros personales. 43 -Lo ayuda a encontrar un significado de la vida. 44 	

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CALIDAD DE VIDA: Es la expresión de bienestar y de satisfacción de la persona con su propia vida, de acuerdo a su percepción (subjetiva).

COMODIDAD: Posesión de lo necesario para vivir a gusto.

DIGNIDAD: Valor del ser (perteneciente a todo ser humano por el hecho de serlo) y hacer (derivada de la capacidad de perfeccionamiento que poseen los humanos). Capacidad de funcionar como una persona significativa e integrada.

EQUIPO TERAPÉUTICO: Grupo de profesionales que intervienen con el fin de reconstruir dimensiones (física, psicológica, social y espiritual) alteradas del hombre.

HAPTOMIA: Acercamiento táctil afectivo.

HOLÍSTICO: Visión del individuo como un todo, completo, no como la unión de partes y procesos.

PREGUNTAS ABIERTAS: Preguntas o comentarios que permiten una amplia gama de posibles respuestas.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio investigativo es de carácter no experimental, descriptivo, transversal, de caso y prospectiva.

De acuerdo a su diseño de investigación se presenta como de campo no experimental puesto que sólo tiene una variable (Cuidados Paliativos proporcionados al enfermo oncológico en fase terminal en el alivio del dolor total) el cual no fue manipulada por los investigadores.

Arias, F. (1997) conceptualiza la investigación de campo como aquella en la que “se recolectan los datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.” (p.50)

Así mismo, Hernández, R.; Fernández, C y Baptista, P (2000) exponen que “la investigación *no experimental* se puede definir como aquella que se realiza sin manipular las variables deliberadamente, lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural.” (p.110)

El tipo de estudio según su nivel de investigación clasifica el presente trabajo como descriptivo a través de la cual se determino los cuidados paliativos que proporciona el profesional de enfermería a los enfermos oncológicos en fase terminal en el alivio del dolor total a través de la aplicación de una guía de observación que permitió medir la variable en sus dimensiones (dolor físico, dolor psicológico, dolor social y dolor espiritual).

Al respecto, Hurtado, J. (2000) explica que “los estudios descriptivos son aquellos que buscan especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno sometido a investigación; en otras palabras, miden diversos aspectos o dimensiones del evento investigado”. (p. 223)

El estudio es transversal puesto que los datos son recolectados en un solo momento, en este caso se realizó durante los meses de febrero y marzo del 2005

En este orden de ideas Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2000) acotan que “los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, donde se describen variables, se analiza su incidencia e interrelación en un momento dado”. (p. 270)

Esta investigación se realizó en tiempo presente, es decir, los datos se registraron en el momento en el que los mismos se obtuvieron (mes de febrero y marzo del 2005).

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

De acuerdo con Hurtado, J. (2000) “población se refiere a un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de los cuales se desea obtener alguna información” (p. 153)

Es así como la población utilizada en esta investigación estuvo conformada por 26 profesionales de enfermería (Lic y T.S.U) que laboran en la unidad clínica de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas en los cuatro turnos: 7:00 am – 1:00 pm; 1:00 pm – 7:00 pm y 7:00 pm – 7:00 am (grupo 1) y 7:00 pm – 7:00 am (grupo 2).

CUADRO No.01

Profesionales de Enfermería por turno de trabajo y nivel académico en las Unidades Clínicas de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas

Horario	Medicina I		Medicina II		Medicina III		Total de Prof. Enf. por turno

	LIC.	T.S.U	LIC.	T.S.U	LIC.	T.S.U	
7/1		02	01	02		02	07
1/7	01	01		02	01	01	06
7/7 Grupo #1	01	02		02	02		07
7/7 Grupo #2		02		02	01	01	06
Total	02	07	01	08	04	04	26

El cuadro N°01 expone el nivel académico de las profesionales de enfermería de las cuales 07 son Licenciadas y 19 Técnico Superior Universitario

MUESTRA

Según Hurtado, J (2000) la muestra “es un porción de la población que se toma para realizar el estudio, la cual se considera representativa de la misma.... no toda investigación requiere de un procedimiento de muestreo, pues en muchos casos el investigador puede tener acceso a toda la población y no necesita muestrear.” (p. 153)

En este caso, la muestra estuvo representada por la totalidad de la población, debido a lo reducida que es la misma, es así como se encuentra compuesta por 26 profesionales de enfermería que trabajan específicamente con enfermos oncológicos en fase terminal de las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas en los cuatro turnos, con las mismas actividades e iguales condiciones de trabajo, siendo una muestral censal.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE

DATOS:

Para la recolección de los datos correspondientes al trabajo de investigación se envió una comunicación solicitando permiso a la Coordinación Docente del Departamento de Enfermería, a los jefes de cada Unidad Clínica (Medicina I, II y III), al Comité de Bioética y a la Dirección del Hospital Universitario de Caracas, quienes respondieron por escrito autorizando la elaboración de dicho trabajo.

Para el alcance de los objetivos de la investigación se aplicó el método de la observación con el fin de obtener información independientemente de la disposición que las personas estudiadas tuvieran de proporcionarla, constituyendo así, una manera directa de obtener datos que de otra forma no hubiesen podido ser obtenidos: es posible que los resultados de una encuesta arrojaran que los profesionales de enfermería conocen cuales son los cuidados paliativos en el alivio del dolor total a proporcionar en un enfermo oncológico en fase terminal, pero que realmente no los apliquen, es así como esta última información sólo podía ser obtenida a través de un método como la observación directa.

Para evitar incidir en la población se aplicó la observación participante. Al respecto Hurtado, J. (2000) define al observador participante como el que “pasa a ser parte de la situación estudiada. Se integra al grupo o comunidad estudiado como miembro activo del mismo” (p. 452)

En este caso las investigadoras se integraron en las actividades diarias, realizadas por los profesionales de enfermería de las unidades clínicas de medicina I, II y III de manera de evitar que estas últimas se sintieran observadas y en consecuencia cambiaran su actuación cotidiana.

El instrumento utilizado consistió en una guía de observación, en la cual se midieron los indicadores y subindicadores que se desprenden de la variable de estudio.

De acuerdo a esto Hurtado, J. (2000) define la guía de observación como “una lista de los indicios o aspectos relacionados con el evento de investigación, que se pueden presentar durante la observación. Este instrumento permite registrar sistemáticamente si la condición o situación aparece o no. (p.453)

En este caso una vez realizadas las observaciones las autoras marcaron en la guía de observación los ítems compuestos por acciones referentes a los cuidados paliativos en el alivio del dolor total proporcionados por los profesionales de enfermería (T.S.U y Licenciados) a los ochos enfermos oncológicos en fase terminal ubicados en las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.

El instrumento utilizado consta de 44 preguntas con alternativas dicotómicas, los cuales cubren todos los aspectos relacionados al objetivo del

estudio, reflejados en los indicadores de la variable (dolor físico, dolor psicológico, dolor social y dolor espiritual).

El tiempo de observación a la muestra seleccionada fue de treinta y tres días (33) consecutivos a razón de once horas (11) diarias cubriendo los cuatro turnos de trabajo, lo que reporta trescientos sesenta y tres (363) horas totales, en las cuales se observó a cada unidad muestral cuatro veces (4) en diferentes ocasiones en el turno de trabajo cuando proporcionaban cuidados al enfermo oncológico en fase terminal; haciendo en total ciento cuatro (104) observaciones. Cada observación fue registrada en el ítem respectivo en la guía para tal fin en cada turno de trabajo del profesional de enfermería seleccionado como unidad muestral.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

De acuerdo con Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P (2000) la validez de contenido es “el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide...Un instrumento de medición requiere contener representados prácticamente a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir” (p.348)

Dentro de este marco la validez del instrumento se realizó a través de un juicio de expertos en las áreas de metodología de la investigación, de Cuidados Paliativos y de la atención de enfermos oncológicos en fase terminal.

A estos especialistas se les presentó el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, la operacionalización de las variables y el instrumento, de manera que los mismos realizaran las observaciones y correcciones pertinentes respecto al grado en que el instrumento refleja la variable en estudio.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Según Hurtado, J (2000) “En el caso de los instrumentos de observación, la confiabilidad está dada por la coincidencia o concordancia en el registro que realizan dos observadores que se encuentran percibiendo simultáneamente el evento” (p.455)

De acuerdo a esto se aplicó una prueba piloto, la cual fue realizada en las unidades clínicas de Medicina I, II y III de Hospital Vargas, por reunir las mismas características de la población a estudiar.

Las autoras observaron simultáneamente las acciones realizadas por el profesional de enfermería a enfermos oncológicos en fase terminal, tomándose

como muestra un total de tres profesionales de enfermería. Una vez finalizada la prueba piloto, se entregaron los instrumentos (6) a un experto en Estadística, el cual utilizó la Prueba de Tally para medir la confiabilidad.

De acuerdo con Hurtado, J. (2000) La prueba de Tally consta en calcular el porcentaje de acuerdo entre dos observadores, cuando “interesa el número de veces o frecuencia en que ocurre el evento en cada período de observación, existe un producto permanente en la ocurrencia del evento, es fácil determinar cuando el evento comienza y acaba, la frecuencia del evento es suficientemente baja para contarla”. (p.456)

Para tal fin se calcula el porcentaje de acuerdo dividiendo el número total de observaciones en que coinciden ambos observadores por ítems (Ao) entre Ao + Número total de observaciones en que no coinciden ambos observadores por ítems (D).

El coeficiente de confiabilidad arrojado por esta prueba equivalió a un 92.51 % lo que clasifica al instrumento como Altamente confiable. (Ver anexo *Certificación de Validez.*)

TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Luego de aplicado el instrumento de recolección de datos a cada una de las unidades de muestra, la información obtenida fue tabulada y asentada en tablas de registro.

Para el análisis e interpretación de estos datos se utilizó una tabla de distribución de frecuencia relativa y porcentual para cada uno de los criterios observados, y una tabla de categoría de análisis para la interpretación de los resultados porcentuales.

Tabla No. 2 Categoría de Análisis

Rango Porcentual (%)	Categorización	Interpretación
100-81	Excelente	El profesional de enfermería cumple con un amplio porcentaje(>80%) de los cuidados paliativos requeridos para el alivio del dolor, siendo estos de manera excelente.
80-61	Buena	Cuando el profesional de enfermería cumple con un porcentaje entre 61 y 80 por ciento de las actividades o acciones requeridas para el alivio del dolor su participación es buena en ese sentido.
60-41	Regular	Se considera que la participación del profesional de enfermería es regular cuando cumple con un porcentaje entre el 41 y el 60% de las acciones establecidas como fundamentales.
40-21	Deficiente	La participación es deficiente cuando solo se cumple con un 21 a un 40% de las acciones requeridas para el alivio del dolor.
20-0	Muy deficiente	Es muy deficiente la participación del profesional de enfermería para el alivio del dolor cuando cumple con menos del 20% de acciones básicas para tal fin.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En esta etapa de la investigación se realiza una presentación de los datos cuantitativos obtenidos, en primer lugar se realiza la presentación del indicador alivio del dolor físico, en la cual se hace uso de una tabla de distribución de frecuencia relativa y porcentual para cada uno de los eventos que integran este indicador.

A continuación se realiza un análisis descriptivo de cada uno de los eventos de acuerdo con los datos presentados en la tabla, luego a manera de resumen se muestra una gráfica en la que se señala el valor porcentual de cada evento. Por último se realiza un análisis general del indicador haciendo uso de una grafica de torta en la cual se representa el porcentaje de eventos favorables y no favorables a

los cuidados para el alivio del dolor, lo cual permitirá describir de manera cualitativa la forma como han sido suministrado los cuidados paliativos al enfermo oncológico en fase terminal en las unidades clínicas de Medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas. Igualmente se realiza la presentación y análisis de cada uno de los indicadores; dolor físico, dolor psicológico, dolor social y dolor espiritual.

Indicador: Alivio del Dolor Físico

Presentación De Los Resultados Del Indicador Alivio Del Dolor Físico

Cuadro 03

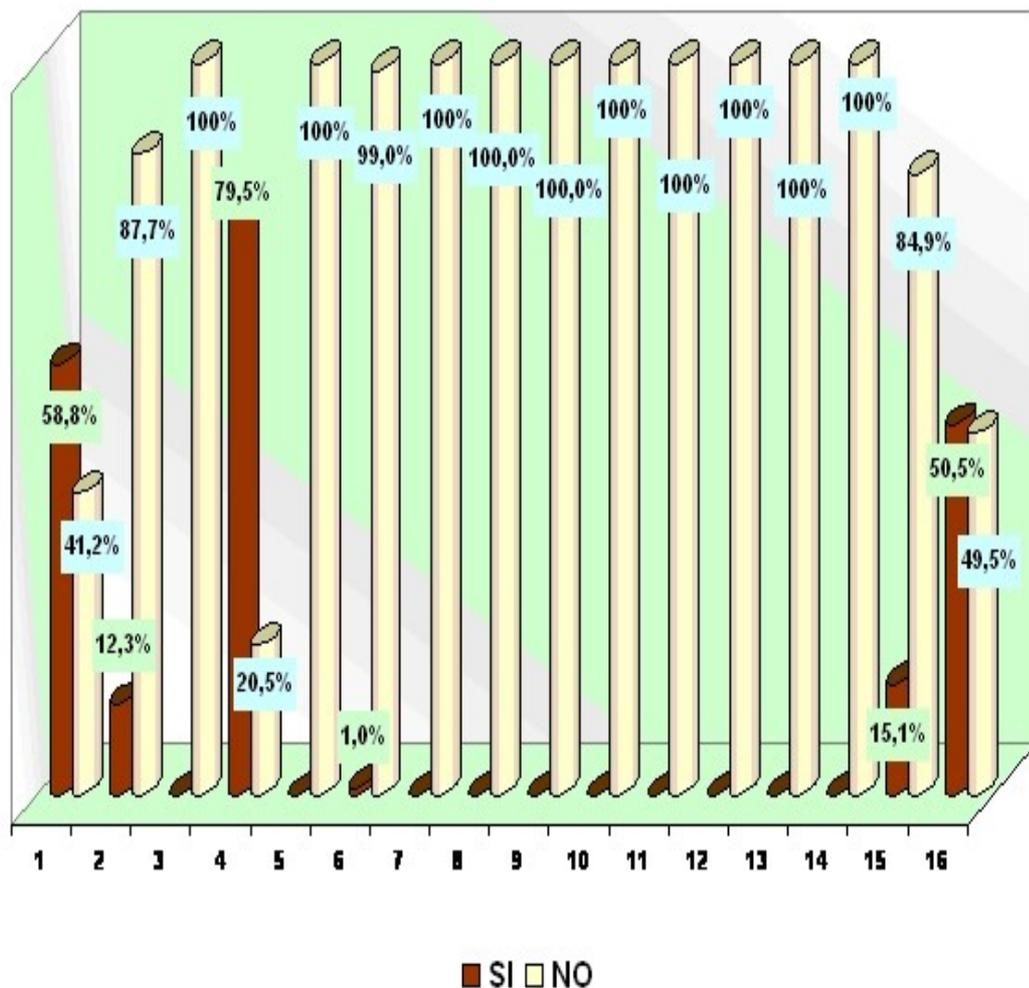
RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR ALIVIO DEL DOLOR FÍSICO, PROPORCIONADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL EN LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Evento Observado	Ocurrencia del Evento				Total	
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%		
1	61	58,8	43	41,2	104	100,0
2	13	12,3	91	87,7	104	100,0
3	0	0,0	104	100,0	104	100,0
4	83	79,5	21	20,5	104	100,0
5	0	0,0	104	100,0	104	100,0
6	1	1,0	103	99,0	104	100,0
7	0	0,0	104	100,0	104	100,0
8	0	0,0	104	100,0	104	100,0
9	0	0,0	104	100,0	104	100,0
10	0	0,0	104	100,0	104	100,0
11	0	0,0	104	100,0	104	100,0
12	0	0,0	104	100,0	104	100,0
13	0	0,0	104	100,0	104	100,0
14	0	0,0	104	100,0	104	100,0
15	16	15,1	88	84,9	104	100,0
16	53	50,5	51	49,5	104	100,0
TOTAL	226	13,6	1438	86,4	1664	100

Fuente: Instrumento de recolección aplicado, febrero 2005, Unidad de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas

Grafica 01

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR FÍSICO, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.



Fuente: Cuadro 01, Febrero 2005

Análisis de los Resultados del Indicador Alivio del Dolor Físico.

Los análisis se realizan de acuerdo al cuadro 03 y a la gráfica 01 ajustado a cada uno de los eventos estudiados

Las observaciones realizadas demuestran que el profesional de enfermería identifica la localización del dolor cuando es manifestado por el enfermo sólo en un 58,8%, lo cual indica que poco menos de la mitad de las veces el profesional de enfermería no valora adecuadamente el dolor, lo que según Bonilla, P. (2003) constituye "...la principal causa de falla en el tratamiento." (p.2) resultando de esta forma la administración de analgésicos una acción automática que tal vez no resuelva el problema de base.

El profesional de enfermería, tal como se pudo observar no logró identificar en un 87,7% de las veces, las características del dolor cuando éste era manifestado por el enfermo oncológico en fase terminal, acción que de acuerdo a Potter y Griffin (2002) es necesaria para el profesional de enfermería pues lo "ayuda a entender el modelo del dolor y el tipo de intervenciones que pueden aliviarlo" (p.1319).

No se logró observar que el profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de medicina I, II y III, aplicara alguna escala para medir la intensidad de dolor cuando éste era manifestado por el enfermo oncológico en fase terminal.

Ante este evento, Bonilla, P. (2003) explica “La evaluación sucesiva de la intensidad del dolor nos indica cual es el control del dolor con los medicamentos indicados y la necesidad o no de ajustes sucesivos.” (p.1) Al no realizarse no es posible conocer la efectividad de los analgésicos y otras medidas coadyuvantes.

Tal como lo indican los resultados del evento 04, se puede apreciar que el profesional administró en 79,5% de las veces analgésicos cada vez que los mismos eran solicitados. De acuerdo a Imedio, E (1998) “Ante la aparición imprevista de un episodio doloroso, se deberían administrar dosis extras.” (p.110) acción que se cumple en la mayoría de los casos, evidenciando que el profesional de enfermería atiende los episodios de dolor y con esto procura bienestar al enfermo oncológico en fase terminal.

De acuerdo con el evento 05, se pudo observar que el profesional de enfermería en ningún momento realizó los cambios posturales al enfermo, lo cuales de acuerdo a López, E. (1998) “...constituye una de las medidas para reducir el estímulo doloroso y debe llevarse cabo siempre que se pueda.” (p.110)

El profesional de enfermería deja esta actividad de manera exclusiva a los familiares del enfermo oncológico en fase terminal.

En el evento número seis (06), se pudo observar que en el 99% de las veces no se informó a los familiares o al enfermo sobre los beneficios del uso de la técnica de calor y

frío para el alivio del dolor, acción en la que su importancia de acuerdo a Potter, P. y Griffin, A (2002) radica en ser "...una medida que permite al cliente y a la familia cierto control sobre los síntomas del dolor y su tratamiento." (p.1331)

No se observó en ningún momento que se aplicara la técnica de calor y frío como medida para el alivio del dolor, esto de acuerdo con los resultados obtenidos para el evento siete (07) Al no utilizar esta técnica el profesional de enfermería disminuye su campo de acción en lo que al alivio del dolor físico se refiere, puesto que la misma tal como lo expresa López, E. (1998) "produce vasodilatación refleja ... y mejora sus condiciones metabólicas dando como resultado final una disminución del mismo." (p.105)

De acuerdo con los eventos número ocho (8) y nueve (9), se observó que el profesional de enfermería no proporciona información sobre los beneficios y técnicas de los masajes corporales, para el alivio del dolor físico (0%). Al igual que en el evento número 06, la importancia de esta acción radica en la herramienta

que para el enfermo y los familiares constituye el uso de esta técnica en el control del dolor.

Los eventos 10, 11, 12,13 y 14 tal como lo indican los resultados obtenidos, no se cumplieron en ningún momento, mientras se realizó el registro de la información por lo que su ocurrencia fue nula (0%), estos eventos están relacionados con: la aplicación de masajes corporales, técnicas de relajación, técnicas de visualización, información del beneficio de la musicoterapia, y el propiciar un ambiente para escuchar música, respectivamente; evidenciándose de esta manera que el profesional de enfermería no aplica técnicas coadyuvantes en el alivio del dolor físico, sí las conoce no las explica, hecho que agrava la situación del enfermo oncológico en fase terminal que se encuentra hospitalizado en las unidades clínicas de medicina I, II y III del HUC, puesto que sólo cuenta con la utilización de analgésicos como medida para el alivio de esta dimensión del dolor.

El evento número quince (15) relacionado con el respeto de las horas de sueño, obtuvo un nivel de ocurrencia muy bajo relativo al 15,1% de las veces. Lo que indica que en muy pocas oportunidades se respetó el sueño de los enfermos oncológicos en fase terminal, provocando agravar la situación de agotamiento que estos enfermos enfrentan (debido a los efectos de la hospitalización y el proceso de su enfermedad, así como el enfrentamiento con la muerte, entre otros), y como

consecuencia disminuir el umbral del dolor, así lo expresa Potter, P. y Griffin, A. (2002) “La sensación de agotamiento intensifica el dolor y disminuye la capacidad de superarlo.” (p.1316)

Con estos resultados se puede apreciar que el evento número 16, relacionado con la actividad de proporcionar un ambiente sin ruidos obtuvo un nivel de ocurrencia correspondiente al 50,5%, lo que indica que se cumple de manera regular, siendo este evento necesario llevarlo a cabo de una forma más intensa, puesto que como se explicó anteriormente, estos enfermos requieren de descanso para evitar y disminuir sentimientos de fatiga.

Análisis General del Indicador Alivio del Dolor Físico

De todo lo anteriormente descrito se revela que existe un escaso cumplimiento sobre las medidas necesarias para el alivio del dolor físico, por parte del profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas hacia el enfermo oncológico en fase terminal.

La grafica número dos (02) indica de manera general el porcentaje de acciones que se cumplieron y que son favorables al alivio del dolor del enfermo oncológico en fase terminal. De acuerdo con este gráfico y con la tabla de

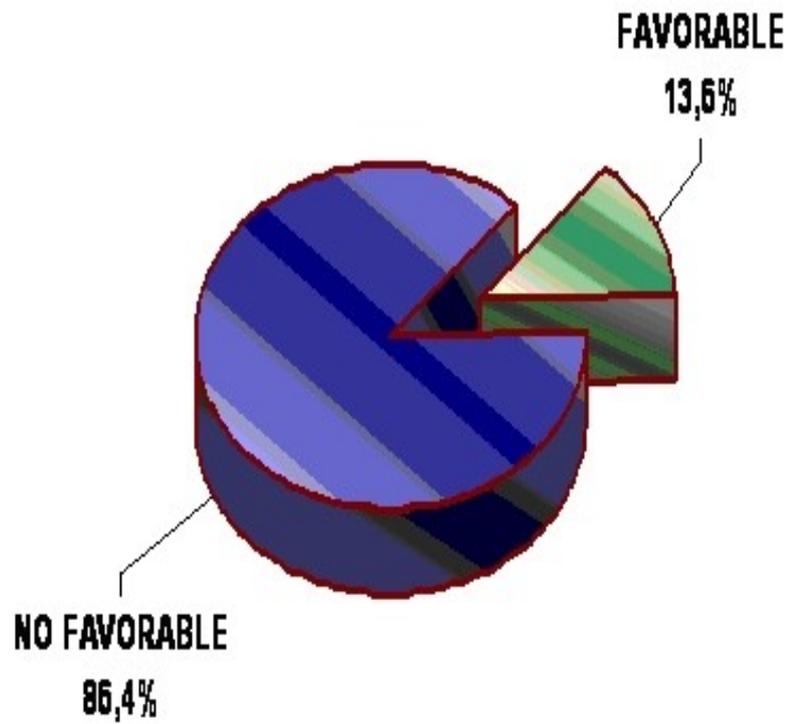
categoría de análisis podemos afirmar que el nivel de participación ejercido por el profesional de enfermería que labora en la unidades de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas, es ***muy deficiente*** ya que sólo se cumplieron con el 13,6% de las actividades que favorecen el alivio del dolor físico al enfermo oncológico en fase terminal.

Las actividades que más se cumplieron para el alivio del dolor físico tal como se puede apreciar en la grafica 01 fueron: la aplicación de analgésicos (79,5% de las veces) y la localización del dolor, (58,8% de las veces).

Toda esta situación revela la necesidad de establecer estrategias para mejorar la intervención del profesional de enfermería en el alivio al dolor físico y de esta manera garantizar un mejoramiento en la calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal.

Gráfica 02

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO AL NIVEL DE CUMPLIMIENTO FAVORABLE O NO FAVORABLE DEL ALIVIO DEL DOLOR FÍSICO, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.



Fuente: Cuadro 01, Febrero 2005

Indicador: Alivio del Dolor Psicológico

Presentación de los resultados del Indicador Alivio del Dolor Psicológico

Cuadro 04

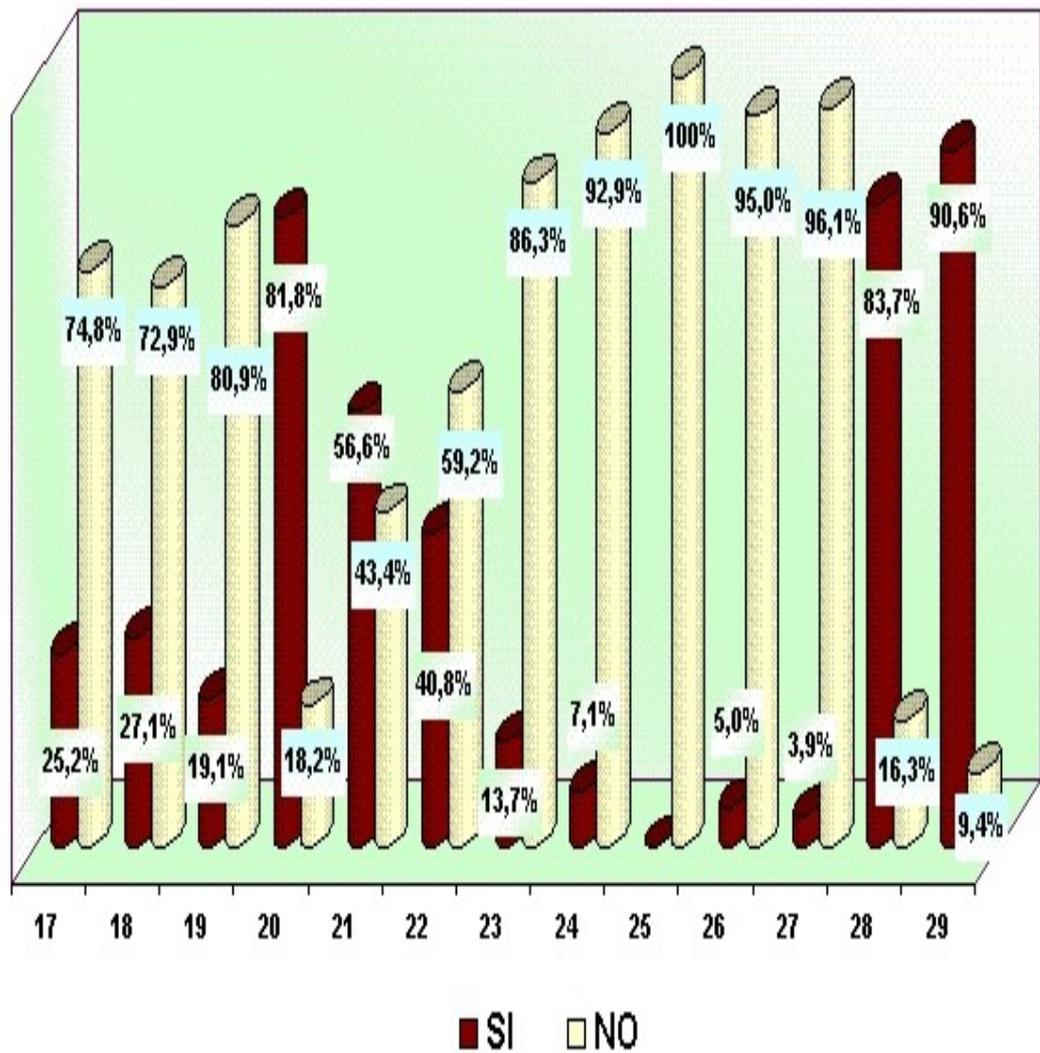
RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR PSICOLÓGICO, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Evento Observado.	Ocurrencia del Evento				Total	
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
17	26	25,2	78	74,8	104	100,0
18	28	27,1	76	72,9	104	100,0
19	20	19,1	84	80,9	104	100,0
20	85	81,8	19	18,2	104	100,0
21	59	56,6	45	43,4	104	100,0
22	42	40,8	62	59,2	104	100,0
23	14	13,7	90	86,3	104	100,0
24	7	7,1	97	92,9	104	100,0
25	0	0,0	104	100,0	104	100,0
26	5	5,0	99	95,0	104	100,0
27	4	3,9	100	96,1	104	100,0
28	87	83,7	17	16,3	104	100,0
29	94	90,6	10	9,4	104	100,0
TOTAL	473	35,0	879	65,0	1352	100

Fuente: Instrumento de recolección aplicado, febrero 2005, Unidad de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas

Gráfica 03

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR PSICOLÓGICO, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.



Fuente: Cuadro 02, Febrero 2005

Análisis de los Resultados del Indicador Alivio del Dolor Psicológico.

En esta etapa los análisis se realizan de acuerdo al cuadro 04 y a la gráfica 03 ajustado a cada uno de los eventos estudiados en el indicador alivio del dolor psicológico.

De acuerdo con el análisis del evento número 17, se puede apreciar cómo se cumple en un 25,2% de las veces con la acción de reconocer los sentimientos de tristeza, agresividad y aislamiento en el enfermo oncológico en fase terminal por parte del profesional de enfermería lo que revela que en muy escasas oportunidades manifiesta a través de hechos o acciones el reconocimiento de tales sentimientos, por tanto disminuyen las probabilidades que el enfermo reciba la atención que requiere y demanda, tal como lo expresa Potter, P. y Griffin, A. (2002) “El cliente y la familia desean una enfermera compasiva que ayude en el reconocimiento de las emociones y sentimientos asociados a la pérdida y que aplique recursos para reducir al mínimo los problemas que pueden aparecer con la pérdida” (p.638)

El profesional de enfermería facilita sólo en un 27,1 por ciento de las veces la expresión de sentimientos e inquietudes por parte del enfermo oncológico en fase terminal, lo cual revela que es muy escaso el número de veces en que el profesional de enfermería se permite valorar la reacción del enfermo ante su enfermedad terminal, y así aplicar acciones conducentes a aliviar su dolor

psicológico, además tal como lo expresan Potter, P. y Griffin, A. (2002) “Escuchar al cliente y ayudarlo a expresar sus sentimientos y pensamientos le permitirá superar sus preocupaciones” (p.643)

Tal como lo indican los resultados obtenidos en el evento 19, sólo en un 19,1% de las veces el profesional de enfermería facilita la expresión de miedo por parte del enfermo oncológico en fase terminal, lo cual revela una participación muy deficiente al respecto. De acuerdo con Twycross, R. y Wilcock, A. (2001) el dolor psicológico se evidencia en el enfermo oncológico en fase terminal a través el “...miedo a la desfiguración, dolor y/o muerte.” (p.18). Es por ello que el profesional de enfermería debe interactuar con el enfermo y crear un clima de confianza que le permita al mismo expresar su miedo, y guiándose en las fases de la muerte descritas por los diferentes autores, realizar acciones dirigidas a disminuir sus temores.

El evento número 20 revela que el profesional de enfermería atiende con prontitud en la gran mayoría de los casos (81,8% de las veces) al llamado realizado por el enfermo oncológico en fase terminal, evidenciando que su participación es excelente en este aspecto; lo cual resulta beneficioso para el enfermo, pues se presenta como una oportunidad en la que puede expresar sus miedos y en la que el profesional de enfermería lo ayuda a aliviar su dolor, así lo expresa Gómez, M. (1999) “...cuando empieza a instaurarse el silencio, las enfermeras saben que empiezan a sonar los timbres porque los enfermos empiezan a tener dolor. Pero también saben que muchas veces la situación se resuelve con

un rato de compañía y de soporte, en vez de administrar sistemáticamente dosis extras de analgésicos.” (p.516)

En un 56,6% de las veces el profesional de enfermería escucha con detenimiento los planteamientos realizados por el enfermo oncológico en fase terminal. En este caso se observa que poco menos de la mitad de estos enfermos no son escuchados, lo cual implica observar al enfermo cuando habla, y responder adecuadamente a sus preguntas y comentarios, de manera de incitar a la expresión de preocupaciones, tal como lo expresa Potter, P. y Griffin, A. (2002) “La falta de compromiso y una postura apresurada constituyen un bloqueo para la comunicación. El cliente percibe rápidamente quién desea y quién no escuchar sus sentimientos.” (p.643)

En un 40,8% de las veces el profesional de enfermería trata por su nombre al enfermo oncológico en fase terminal lo cual indica que se cumple esta acción de manera deficiente, resaltando así la necesidad de educar al profesional de enfermería en este sentido, pues esta acción es una forma de respetar su dignidad y personalizar el cuidado.

El evento número 23, evidencia que en un 86,3% de las veces el profesional de enfermería no critica el comportamiento del enfermo oncológico en fase terminal. De acuerdo a Potter, P y Griffin, A. (2002) “Las conductas nunca

deben tomarse de forma personal” (p.630) Esta acción permite al profesional de enfermería reconocer algunas necesidades del enfermo y canalizar sus reacciones.

Los eventos 24, 25, 26 y 27 se cumplen en muy escasas oportunidades menos del 5% de las veces y hasta en ningún caso, los cuales están relacionados con apoyo físico ante la necesidad de llorar (7,1%), acompañarlo cuando está solo (0%), realizar contacto físico (5%), y realizar baños en cama (3,9%), respectivamente. Lo cual revela una participación muy deficiente por parte del profesional de enfermería para el alivio del dolor psicológico en los aspectos antes mencionados y deja al enfermo en una situación de desamparo cuando su presencia y sus acciones son más requeridas.

Al respecto Potter, P. y Griffin, A. (2002) exponen: “No deben ignorarse los lloros” (p.643) recordando la situación de indefensión en la que están los enfermos con diagnóstico terminal. Por su parte, González, M. (1996) en relación al tacto explica que “Es útil para comunicar asentimiento, confianza, seguridad de no abandono y señal de apoyo.” (p.1095) y dentro de las oportunidades para establecer contacto físico con el enfermo se encuentra el baño en cama, la cual a su vez asegura su bienestar. A su vez Gómez, M. (1999) refiere que “Muchos enfermos temen más a la soledad que a la propia muerte” (p.517) De allí la importancia que el profesional de enfermería

acompañe al enfermo cuando el mismo se encuentre solo y su presencia sea solicitada.

Los resultados obtenidos para el evento número 28, relacionado con el respeto de los deseos por parte del profesional de enfermería hacia el enfermo oncológico en fase terminal, demuestran que los cumplen en un 83,7 % de las veces, y a través de esta acción permite al enfermo mantener la sensación de seguridad y confianza en sí mismo, proporcionando el reconocimiento de su dignidad hasta el momento de la muerte y demostrar estima.

También el evento número 29, reveló un cumplimiento equivalente al 90,6% de las veces, lo que revela que el profesional de enfermería respeta el silencio del enfermo oncológico en fase terminal, acción que de acuerdo a Casalta, Y. (1995) constituye un momento en el que el mismo puede “explorar sus propios sentimientos, y hablarle en ese momento podría alterar sus pensamientos. En esta situación, el paciente, en realidad dice: Necesito tiempo para pensar.” (p.162)

Análisis General del Indicador Alivio del Dolor Psicológico

De todo lo anteriormente descrito se revela que existe un muy escaso cumplimiento de las medidas necesarias para el alivio del dolor Psicológico, por parte del profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de

medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas hacia el enfermo oncológico en fase terminal. Pero si se compara estos resultados obtenidos con el indicador dolor físico se puede apreciar que existe un nivel mayor de cumplimiento en cuanto al alivio del dolor psicológico.

La gráfica número cuatro (04) indica de manera general el porcentaje de acciones que se cumplieron y que son favorables al alivio del dolor psicológico del enfermo adulto oncológico. En esta gráfica se aprecia que se cumple un 44,4% de acciones favorables por parte del profesional de enfermería, mientras existe el incumplimiento de un 55,6%.

De acuerdo con este gráfico y con la tabla de categoría de análisis podemos afirmar que el nivel de participación ejercido por el profesional de enfermería que labora en las unidades de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas, es **regular** ya que sólo se cumplieron con el 44,4% de las actividades que favorecen el alivio del dolor psicológico al enfermo oncológico en fase terminal.

Estos resultados obtenidos permitió identificar que las acciones realizadas por el profesional de enfermería en su mayor parte fueron: el respeto al silencio, el respeto de los deseos, no criticar su comportamiento y la atención oportuna al llamado del enfermo.

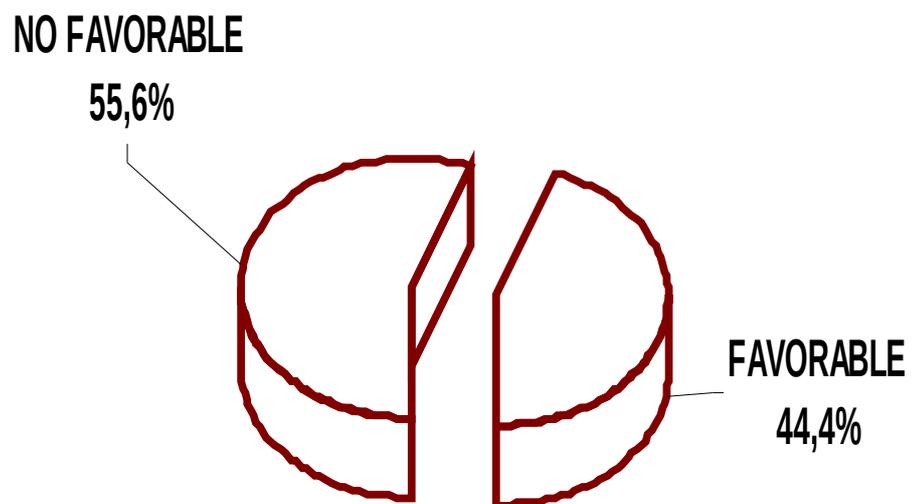
Por otra parte se logró identificar que las acciones que menos se cumplen (menos del 20% de ocurrencia) fueron: acompañar al enfermo cuando está solo, realizar baño en cama, el contacto físico con el enfermo, apoyo físico ante la necesidad de llorar, y la facilitación de la expresión de miedo.

Todos estos hechos revelan que existe una gran necesidad de mejorar la participación del profesional de enfermería a fin de disminuir o aliviar el dolor psicológico producto de la enfermedad oncológica en fase terminal, requiriendo que el mismo demuestre interés por la situación del enfermo, y establezca una comunicación efectiva con este último que le permita identificar los factores o elementos que pueden generar esta dimensión del dolor.

Gráfica 04

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO AL NIVEL DE CUMPLIMIENTO FAVORABLE O NO FAVORABLE DEL ALIVIO DEL DOLOR PSICOLÓGICO, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE

ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



Fuente: Cuadro 02, Febrero 2005

Indicador: Alivio del Dolor Social

Presentación de los resultados del Indicador Alivio del Dolor Social

Cuadro 05

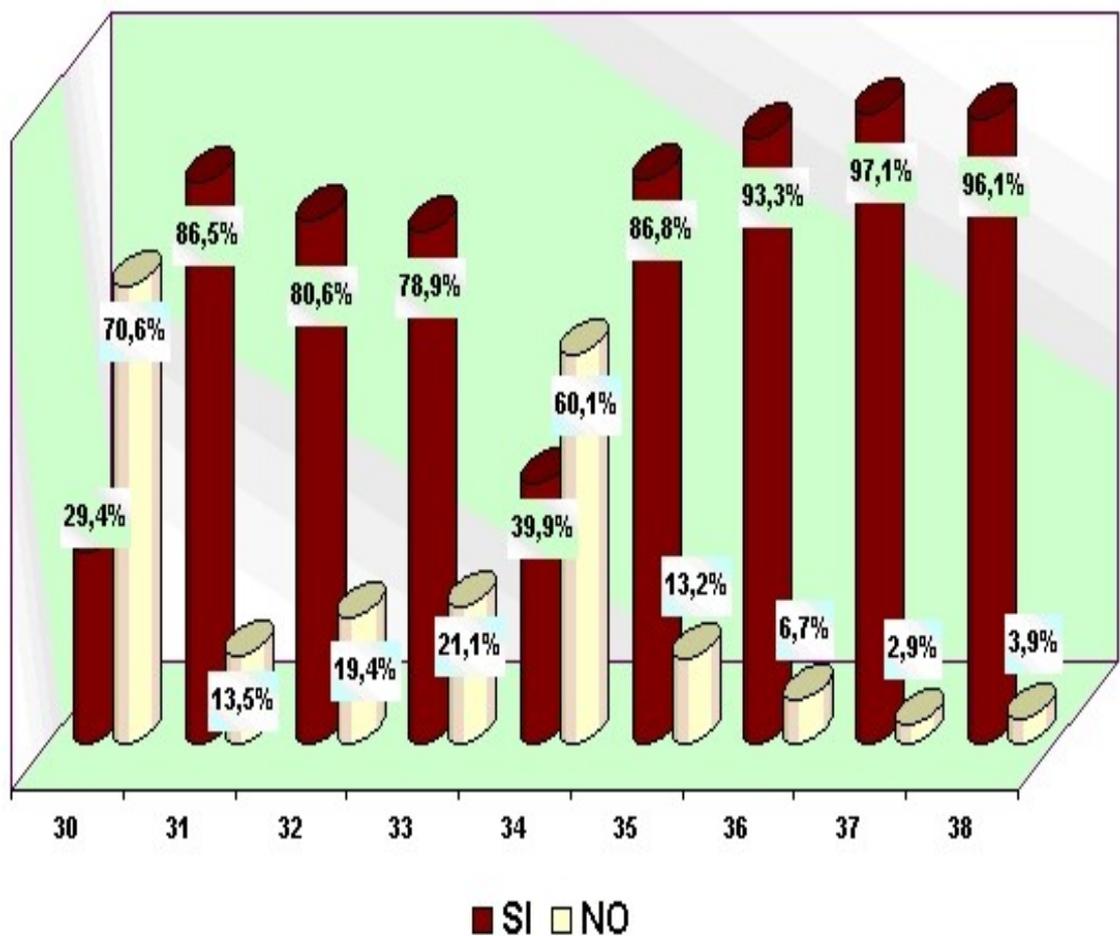
RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR SOCIAL, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Evento Observado.	Ocurrencia del Evento				Total	
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
30	31	29,4	73	70,6	104	100,0
31	90	86,5	14	13,5	104	100,0
32	84	80,6	20	19,4	104	100,0
33	82	78,9	22	21,1	104	100,0
34	41	39,9	63	60,1	104	100,0
35	90	86,8	14	13,2	104	100,0
36	97	93,3	7	6,7	104	100,0
37	101	97,1	3	2,9	104	100,0
38	100	96,1	4	3,9	104	100,0
TOTAL	716	76,5	220	23,5	936	100

Fuente: Instrumento de recolección aplicado, febrero 2005, Unidad de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas

Gráfica 05

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES
OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO
PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR SOCIAL, POR PARTE DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE
TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS



Fuente: Cuadro 03, Febrero 2005

Análisis de los Resultados del Indicador Alivio del Dolor Social

En esta etapa los análisis se obtuvieron del cuadro 05 y la gráfica 05 ajustado a cada uno de los eventos estudiados en el indicador alivio del dolor Social.

De acuerdo con el análisis del evento número 30, se puede apreciar como se cumple en un 29,4% de las veces, con la acción de facilitar la comunicación entre el enfermo y su familia por parte del profesional de enfermería lo que revela que en muy escasas oportunidades se cumple con las mismas. Esta situación es preocupante debido a que la conservación y mejoramiento de las relaciones familiares son vitales para el enfermo oncológico en fase terminal, y que los miedos producidos por el avance de la enfermedad así como el duelo (también sufrido por la familia) pueden poner en peligro la fluidez en los procesos comunicativos entre el enfermo y su familia, de allí la importancia de este evento.

El análisis del evento 31 revela que se cumple de manera excelente (86,5 % de las veces) la acción de aclarar inquietudes a la familia por parte del profesional de enfermería, lo que resulta beneficioso para el enfermo oncológico

en fase terminal pues tal como lo expone López, E. (1998) “El proceso comunicativo en sí mismo puede ayudar a reducir el sufrimiento de las familias y nos va a permitir acercarnos más a ellas y contribuir a su bienestar.” (p.231)

El evento 32 revela que se cumple de manera excelente (80.6 % de las veces) con la identificación de la ausencia o presencia del grupo familiar del enfermo oncológico en fase terminal, lo cual constituye una oportunidad para facilitar el alivio del dolor social al reconocer las necesidades de compañía (miedo a la soledad), y buscar alternativas para solventar o mejorar esta situación. Al respecto Potter, P y Griffin, A. (2002) expresan “La enfermera debe fomentar a los familiares a hablar y visitar al cliente, aunque éste no responda” (p.646) explicando que estas acciones infunden esperanza en el enfermo y disminuye sus miedos. Sin embargo, se observó que el principal objetivo en el cumplimiento de esta actividad por parte de los profesionales de enfermería obedece a la “sobrecarga de trabajo” que surge de la ausencia familiar, pues supone una mayor atención a las necesidades del enfermo oncológico en fase terminal.

Se pudo identificar tal como lo indica los resultados obtenidos en el evento 33, que en el 78,9 por ciento de las veces el profesional de enfermería logra identificar las necesidades económicas del enfermo oncológico en fase terminal,

lo cual indica que existe una participación buena de este profesional en el alivio del dolor social en este aspecto, siendo esta acción vital para canalizar con otros departamentos (Trabajo social, medicina) posibles problemas de tipo social que pudiesen intervenir en la aparición del dolor.

El análisis del evento 34 demuestra que el profesional de enfermería canaliza en muy pocas oportunidades los problemas a otros departamentos, ya que este hecho sólo se pudo apreciar en un 44,4% de las oportunidades, donde el mayor número de canalizaciones se realizó con el departamento de Medicina. Tal como lo expresa Potter, P. y Griffin, A. (2002) el profesional de enfermería debe "...conocer con detalle sobre lo que se debe hacer, quién lo hace, dónde y cuándo, así como la organización de traslados y qué formularios deben llenarse y a quién deben enviarse." (p.649). De manera tal de ser autónomos en la resolución de problemas que bien atañen al profesional de enfermería, pues su función principal es la de ayudar en la satisfacción de las necesidades del enfermo oncológico en fase terminal, en este caso proporcionar bienestar.

Con respecto a los horarios de visitas se pudo apreciar como en el 86.8% de las veces éste era "flexibilizado" por parte del profesional de enfermería para promover el intercambio y el contacto entre la familia y el enfermo, lo cual revela una excelente actuación por parte del mismo, pues tal como lo expresan Potter, P. y Griffin, A. (2002) "Las personas con dolor suelen depender de miembros de la

familia o amigos próximos para su apoyo, atención y protección.” (p.1316) Sin embargo, en algunas oportunidades se observó que el profesional de enfermería exige la presencia de la familia para el cuidado del enfermo (baño en cama, alimentación, cambios posturales, entre otros) y como informante de la condición del enfermo y de la infusión de medicamentos.

El evento número 36 demuestra como en el 93,3 % de las veces observadas el profesional de enfermería “facilita” la intervención de los familiares en el cuidado del enfermo, acción que de acuerdo a Potter, P. y Griffin, A. (2002) “...puede ayudar a que la familia tenga la sensación de participar y que disminuya su grado de impotencia durante el proceso de la muerte.” (p.648)

Se pudo determinar que el profesional de enfermería respeta la religión de los enfermos oncológicos en fase terminal, ya que se apreció en un 97,1% de las veces, evidenciado en la cooperación de los cuidados religiosos y en la tenencia de objetos de esta índole, Potter, P. y Griffin, A. (2002) al respecto exponen: “La enfermera debe mostrar respeto por iconos, medallas, alfombras de oración o cruces que los clientes lleven consigo a los entornos de cuidados de salud” (p.620)

Se apreció que el profesional de enfermería facilita los ritos religiosos de los enfermos, ya que se observó la ocurrencia de este hecho favorable en un 96.1% de las veces, lo que implica que el profesional de enfermería coopera con

los administran cuidados religiosos, permitiéndole la realización de los ritos y proporcionando privacidad al momento de hacerlos.

Análisis General del Indicador Alivio del Dolor Social

De todo lo anteriormente descrito se revela que existe cumplimiento sobre las medidas necesarias para el alivio del dolor social, por parte del profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas hacia el enfermo oncológico en fase terminal.

La gráfica número cuatro (06) indica de manera general el porcentaje de acciones que se cumplieron y que son favorables al alivio del dolor social del enfermo oncológico en fase terminal. En esta gráfica se aprecia que se cumple con un 76,5% de acciones favorables por parte del profesional de enfermería, mientras existe un incumplimiento del 23,5%

De acuerdo con este gráfico y con la tabla de categoría de análisis podemos afirmar que el nivel de participación ejercido por el profesional de enfermería que labora en las unidades de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas, es **Buena** ya que se cumplieron con el 76,5% de las actividades que favorecen el alivio del dolor social al enfermo adulto oncológico

Estos resultados obtenidos permitió identificar que las acciones realizadas por el profesional de enfermería en su mayor parte fueron: respetar las creencias religiosas, facilitar los rituales religiosos, permitir la participación de la familia en los cuidados, la flexibilidad en los horarios de visita, aclarar inquietudes a la familia, identificar la presencia de los familiares e identificar las necesidades económicas del enfermo y su familia.

Esta información revela que el profesional de enfermería realiza actividades que le permiten aliviar el dolor social del enfermo oncológico en fase terminal, aún cuando las acciones realizadas, de acuerdo a lo observado, tenían otros objetivos.

En este sentido se evidenciaron las causas por las que estos profesionales no realizan algunas intervenciones para el alivio del dolor físico y psicológico (baño en cama, masajes corporales, cambios posturales) y el porqué realizan actividades para el alivio del dolor social.

Entre estas causas se encuentran la delegación de actividades a los auxiliares de enfermería y a los familiares, lo que puede provocar que estos últimos se sientan responsables por el cuidado del enfermo y crean así una sensación de sobrecarga física y emocional no sólo para la familia, cuya presencia es exigida por los profesionales, sino también para el enfermo.

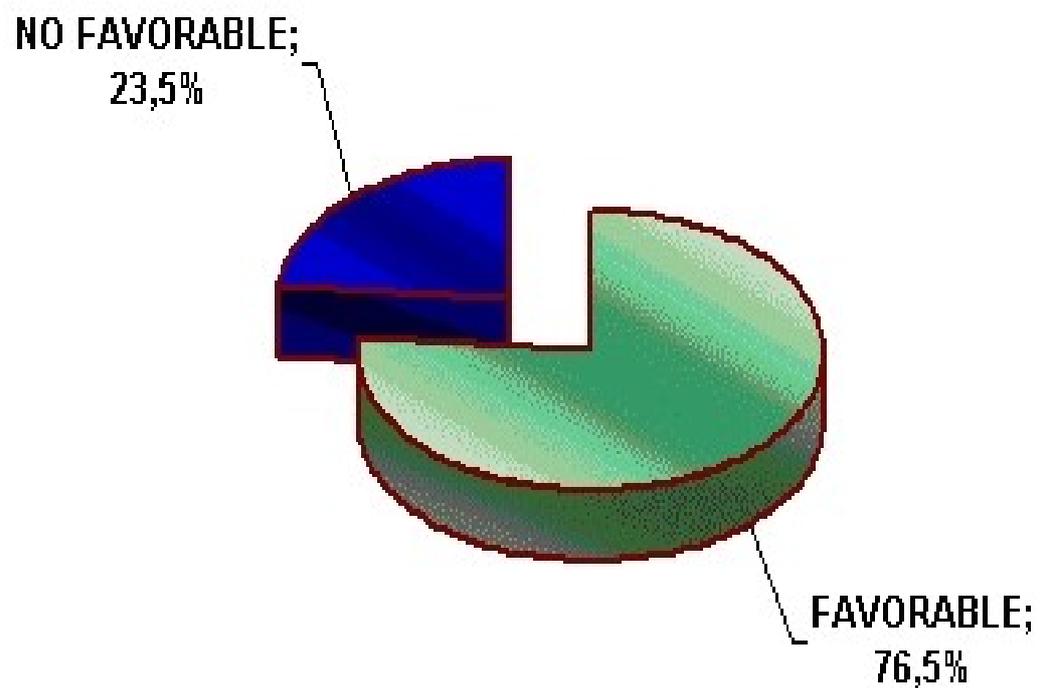
Cabe destacar que entre las razones por las que el profesional de enfermería delega parte de sus funciones, sobre todo en lo que se refiere al alivio del dolor físico, es debido al déficit de profesionales existente por turno en las diferentes unidades de medicina del Hospital Universitario de Caracas, en donde la relación profesional-enfermo es de 52:2.

El profesional de enfermería puesto que es quién posee conocimientos dirigidos a mejorar la calidad de vida de estos enfermos, debe intervenir activamente en los cuidados que se le proporcionan permitiéndoles a los familiares participar en ellos, y en este sentido sólo podría lograrse siendo la relación enfermo/profesional más justa .

Gráfica 06

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO AL NIVEL DE CUMPLIMIENTO FAVORABLE O NO FAVORABLE DEL

**ALIVIO DEL DOLOR SOCIAL, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE
MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**



Fuente: Cuadro 03, Febrero 2005

Indicador: Alivio del Dolor Espiritual

Presentación de los resultados del Indicador Alivio del Dolor Espiritual

Cuadro 06

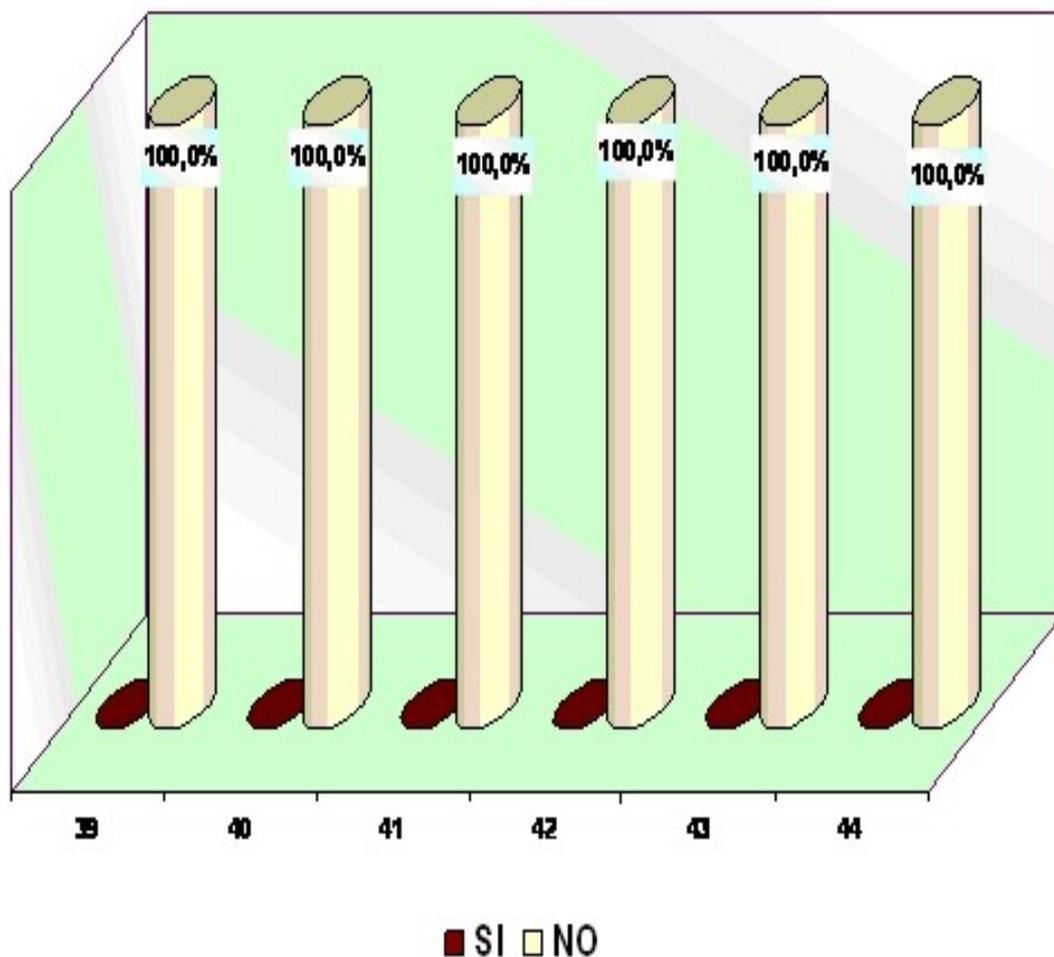
RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR ESPIRITUAL, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Evento Observado.	Ocurrencia del Evento				Total	
	Si		No			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
39	0	0,0	104	100,0	104	100,0
40	0	0,0	104	100,0	104	100,0
41	0	0,0	104	100,0	104	100,0
42	0	0,0	104	100,0	104	100,0
43	0	0,0	104	100,0	104	100,0
44	0	0,0	104	100,0	104	100,0
Total	0	0.0	624	100,0	624	100,0

Fuente: Instrumento de recolección aplicado, febrero 2005, Unidades de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas

Gráfica 07

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO A LA OCURRENCIA DE CADA EVENTO OBSERVADO PARA EL INDICADOR DE ALIVIO DEL DOLOR ESPIRITUAL, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



Fuente: Cuadro 04, Febrero 2005

Análisis de los Resultados del Indicador Alivio del Dolor Espiritual

En esta etapa los análisis se obtuvieron del cuadro 06 y a la gráfica 07 ajustado a cada uno de los eventos estudiados en el indicador alivio del dolor espiritual.

De acuerdo con los eventos 39, 40, 41, 42, 43 y 44 se pudo observar que el profesional de enfermería No realiza ninguna de las siguientes actividades ya que no se observó su ocurrencia en ningún momento (0% de Ocurrencia C/U), los cuales se relacionan con las siguientes acciones: Facilitación de la expresión de su relación con Dios, ayudar al enfermo a perdonar a otros, perdonarse así mismo, reafirmar la importancia de la existencia, reconocer los logros personales del enfermo y ayudarlo a encontrar el significado de la vida.

Las acciones de enfermería para el alivio de esta dimensión del dolor son muy importantes debido a la situación terminal en la que se encuentra el enfermo oncológico, como refiere Gómez, M (1999) “La espiritualidad se convierte en la

principal fuente para aliviar el sufrimiento y secundariamente el dolor porque da fortaleza, energía y valor.” (p.638)

Este autor también expone que la espiritualidad le permite al enfermo disminuir sentimientos de culpabilidad e impotencia porque le proporciona sentido y significado a su vida, por tanto ayuda en la aceptación de la muerte como parte de un proceso natural, que proporciona paz hasta que la misma se produzca.

Análisis General del Indicador Alivio del Dolor Espiritual

De todo lo anteriormente observado se aprecia que existe un muy escaso cumplimiento sobre las medidas necesarias para el alivio del dolor espiritual, por parte del profesional de enfermería que labora en las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas hacia el enfermo oncológico en fase terminal.

La gráfica número ocho (08) indica de manera general el porcentaje de acciones que se cumplieron y que son favorables al alivio del dolor espiritual del enfermo oncológico en fase terminal. En esta gráfica se evidencia que no se cumple ninguna acción (0%) favorable por parte del profesional de enfermería.

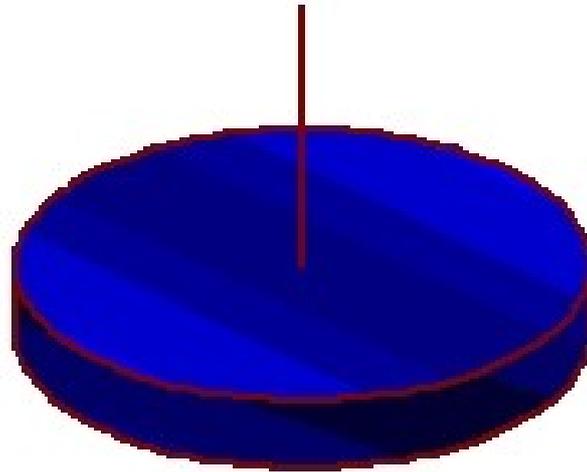
De acuerdo con este gráfico y con la tabla de categoría de análisis podemos afirmar que el nivel de participación ejercido por el profesional de enfermería que labora en las unidades de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas, es ***Muy deficiente*** ya que no se cumplieron con las actividades que favorecen el alivio del dolor espiritual al enfermo oncológico en fase terminal.

Toda esta información revela la necesidad que el profesional de enfermería interactúe en un mayor grado con el enfermo oncológico en fase terminal, haciendo énfasis en conocer sus inquietudes espirituales y ayudarlo a encontrar un significado de la vida, con el fin de satisfacer su necesidad de bienestar y mejorar su calidad de vida hasta el momento de la muerte.

Gráfica 08

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS DE ACUERDO AL NIVEL DE CUMPLIMIENTO FAVORABLE O NO FAVORABLE DEL ALIVIO DEL DOLOR ESPIRITUAL, POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

FAVORABLE; 0,0%



**NO FAVORABLE;
100,0%**

Fuente: Cuadro 04, Febrero 2005

Dimensión: Alivio del Dolor Total

**Presentación General de los Resultados de la Dimensión Alivio del Dolor
Total**

Cuadro 07

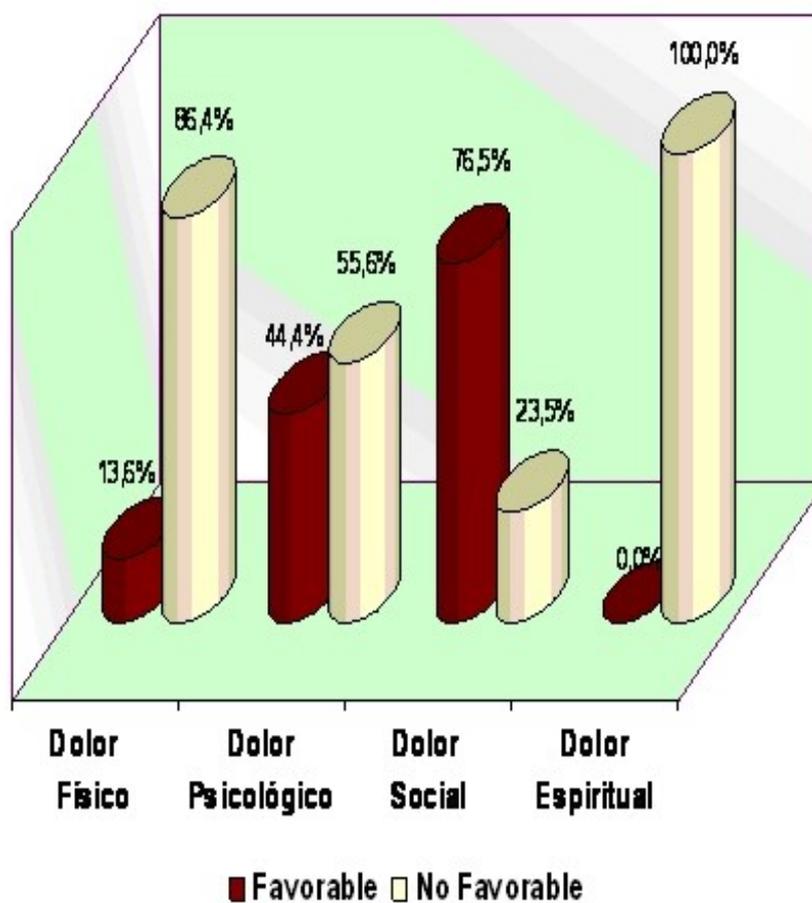
RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS EN LA DIMENSIÓN ALIVIO DEL DOLOR TOTAL EN SUS INDICADORES ALIVIO DEL DOLOR FÍSICO, DOLOR PSICOLÓGICO, DOLOR SOCIAL Y DOLOR ESPIRITUAL POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Dimensión	Ocurrencia del Evento				Total	
	Favorable		No Favorable			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Dolor Físico	226	13,6	1438	86,4	1664	100,0
Dolor Psicológico	600	44,4	752	55,6	1352	100,0
Dolor Social	716	76,5	220	23,5	936	100
Dolor Espiritual	0	0	624	0	624	100
TOTAL	1542	33,7	3034	66,3	4576	100

Fuente: Cuadros 01, 02, 03 y 04

Gráfica 09

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS GENERALES OBTENIDOS EN LA DIMENSIÓN ALIVIO DEL DOLOR TOTAL EN SUS INDICADORES ALIVIO DEL DOLOR FÍSICO, DOLOR PSICOLÓGICO, DOLOR SOCIAL Y DOLOR ESPIRITUAL POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL ENFERMO ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA I, II Y III DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



Fuente: Cuadro 05, Febrero 2005

Análisis de los indicadores de la Dimensión Alivio del Dolor Total

En esta etapa los análisis se obtuvieron del cuadro 07 y la gráfica 09 ajustado a cada uno de los indicadores estudiados en la dimensión alivio del dolor total.

Tal como se puede apreciar en el indicador alivio del dolor físico solamente se cumplió con un 13,6% de las acciones, evidenciando que el profesional de enfermería ante la presencia de dolor físico basa sus acciones en la administración de analgésicos sin realizar una valoración apropiada del mismo, lo que le impide conocer como ha evolucionado el dolor y cuales han sido los efectos de las diferentes terapias. Tampoco aplica o informa sobre otras técnicas coadyuvantes para el alivio del dolor en el enfermo oncológico en fase terminal de las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas.

En el indicador alivio del dolor psicológico se pudo apreciar un cumplimiento del 44,4% de las acciones, observándose la falta de comunicación por parte del profesional de enfermería hacia el enfermo oncológico en fase terminal, limitando sus acciones al cumplimiento del tratamiento endovenoso; también se evidenció dificultades en el manejo del llanto en las que el profesional

de enfermería tiende a ignorar y abandonar al enfermo, así mismo evita realizar el contacto físico con el enfermo.

En la dimensión de alivio del dolor social el profesional de enfermería cumplió con un 76,5% de las actividades requeridas evidenciándose que en el evento número 30 referido a facilitar la comunicación enfermo-familia son pocas veces realizadas (29.4%), lo que requiere de una mayor participación por parte del profesional de enfermería en estas circunstancias. Es necesario aclarar que las interrogantes suscitadas por los familiares fueron en relación al tratamiento endovenoso y no al proceso de enfermedad y muerte (relacionado al evento 31).

La dimensión de alivio del dolor espiritual se obtuvo un cumplimiento totalmente nulo de las acciones necesarias para brindar los cuidados paliativos en el alivio del dolor espiritual, lo que revela la existencia de una muy deficiente participación del profesional de enfermería para aliviar este tipo de dolor.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los Cuidados Paliativos que proporciona el Profesional de Enfermería en cuanto al alivio del dolor total a enfermos oncológicos en fase terminal del Hospital Universitario de Caracas. Dentro de este marco los Cuidados Paliativos son todas aquellas acciones destinadas a mantener o mejorar las condiciones de vida del enfermo en fase terminal, quien es aquel que sufre una enfermedad avanzada, progresiva e incurable que produce un gran impacto emocional en el enfermo, la familia y en el equipo de salud.

Entre los objetivos primordiales de los Cuidados Paliativos se encuentra el alivio del dolor total y otros síntomas, para lo cual el Profesional de Enfermería deberá

utilizar sus conocimientos, habilidades y destrezas a fin de proporcionar bienestar y mantener la calidad de vida del enfermo oncológico en fase terminal, hasta que la muerte se produzca, incluyendo a la familia en dichos cuidados.

En este sentido el dolor no sólo se trata de una experiencia física sino que trasciende de las dimensiones psicológica, social y espiritual, conformando así el concepto del Dolor Total. De acuerdo a lo planteado, se derivan las siguientes conclusiones:

- En relación al dolor físico se observó que el 13,6% de las veces el profesional de enfermería realiza acciones destinadas a aliviar esta dimensión del dolor y en un 86,4 % de incumplimiento, lo que indica una actuación ***muy deficiente*** del profesional de enfermería, concluyéndose de esta manera que el enfermo oncológico en fase terminal, no recibe el cuidado que requiere para el alivio del dolor físico.
- En cuanto al alivio del dolor psicológico se obtuvo un 44,4% de acciones proporcionadas por el profesional de enfermería a enfermos oncológicos

en fase terminal y el 55,6 % de incumplimiento indicando que la actuación del profesional de enfermería para el alivio de esta dimensión del dolor es **regular**, por tanto requiere atención para proporcionar el bienestar y la calidad de vida que el enfermo oncológico en fase terminal amerita.

- El 76.5% de las veces el profesional de enfermería realizó acciones para aliviar el dolor social del enfermo oncológico en fase terminal y en un 23,5 % de incumplimiento, actuación que resulta **buena** ya que le proporciona bienestar a él y a su familia al permitir la participación de estos últimos en los cuidados del enfermo así como facilitar la realización de ritos religiosos.
- Se observó que las acciones relacionadas al alivio del dolor espiritual corresponden a un 0 %, cabe destacar que el incumplimiento de las acciones que precisa el enfermo oncológico en fase terminal para un buen morir no se cumplen, por lo que se puede inferir que no las incluyen como parte de los cuidados.

RECOMENDACIONES

En relación a las conclusiones se realizan las siguientes recomendaciones:

- A los Profesionales:

- o Integrar en los cuidados del enfermo oncológico en fase terminal sobre los Cuidados Paliativos, para la aplicación de acciones conducentes al alivio del dolor físico, psicológico, social y espiritual, incluyendo a su familia y entorno afectivo para garantizar bienestar y calidad de vida hasta que la muerte se produzca.

- A la Institución:

- o Coordinación docente de Enfermería: Desarrollar cursos permanentes que permita a los profesionales de enfermería adquirir conocimientos del alivio del dolor físico, psicológico, social y espiritual; a fin de proporcionar bienestar a los enfermos oncológicos en fase terminal y mejorar la calidad de vida.
- o Incrementar el número de profesionales de enfermería que laboran en las unidades clínicas de medicina I, II y III, con la finalidad de establecer una relación profesional-enfermo-

familia más justa, que les permita proporcionar el cuidado paliativo centrado en el dolor total.

- o La creación de una unidad clínica destinada a proporcionar Cuidados Paliativos a los enfermos oncológicos en fase terminal para proporcionar cuidados acorde a sus necesidades.

- A las Escuelas de Enfermería:

- o Incorporar a las cátedras de enfermería los Cuidados Paliativos en la que se prepare al estudiante en el manejo de los mismos, para garantizar el mantenimiento de la calidad de vida de los enfermos en fase terminal hasta que se produzca la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIAS, Fidias. (1997) El proyecto de la Investigación. Caracas: Editorial Episteme.

ASTUDILLO, W.; MENDINUETA, C.; ASTUDILLO, E. y GABILONDO, S. (1998) Principios Básicos para el Control del Dolor Total. Revista Sociedad Española. <http://revista.sedolor.es>

BONILLA, Patricia. (2003) El rol de Enfermería en Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos. (3) pp. 1-3.

BENMERGUI, Evelyn. (1977) Actitud ante la Muerte en Pacientes con Cáncer Avanzado. Tesis de Grado. Escuela de Psicología. Facultad de Humanidades Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

CASALTA, de Yasmín. (1995) La Comunicación. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

CASTILLO, Valeri. (1990) Principios Normas y Obligaciones del Médico. Crisis Vital, Muerte Cerebral y Ética Médica. pp 11 – 25.

DAYAR L.; PALENCIA E.; VALERA I. y NAVARRO, M. (2000) Impacto Emocional en las Enfermeras de Atención Directa Causado por los Cambios Físicos del Paciente Oncológico. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

FARFÁN, L.; FLORES, C. y SUAREZ, E. (1998) Relación de Ayuda que Establece la Enfermera con el Enfermo Terminal. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

GÓMEZ, Marcos. (1999) Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Arán Ediciones, S.A.

GONZÁLEZ, Manuel. (1996) Tratado de Medicina Paliativa. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

HÉRNANDEZ, R; FÉRNANDEZ, C. y BAPTISTA, P. (2000). Metodología de la Investigación. México: Mac Graw Hill.

HURTADO, Jaqueline. (2000) Metodología de la Investigación Holística. Caracas: Fundación Sypal.

INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER DE USA. (2003). Cuidado de Apoyo: Dolor. USA.

JEREZ, Inmaculada. (2004) Beneficios del Masaje Terapéutico. Madrid, España. www.entornosocial.es

JIMÉNEZ, S. y CASTILLO, V. (1997) Relación Enfermera Paciente en Fase Terminal que Presenta Dolor. Trabajo de ascenso. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

KOZIER, B.; ERB, G. y OLIVIERI, R. (1993) Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Tomo 2. Madrid: McGraw Hill – Interamericana.

LOPEZ, Eulalia. (1998) Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

MORENO, N.; RODRÍGUEZ, L.; VALENZUELA, C. y SUAREZ, E. (2004) Participación del Profesional de Enfermería en los Cuidados Paliativos a Enfermos con SIDA en Fase Terminal en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital “Dr. Domingo Luciani” El Llanito-Petare. Trabajo Especial de grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

PADILLA, F. y SUAREZ, E. (2000) Atención del Profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades psicológicas y espirituales en los pacientes en fase terminal. Trabajo especial de grado para optar al título de Licenciado en Enfermería. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

PADRÓN, L.; PÉREZ E.; ZAMBRANO, N. y NAVARRO, M. (2000). Conocimiento que Posee la Enfermera de Atención Directa sobre la Preparación Psicológica del Paciente sometido a Tratamiento con Drogas Citostáticas. Trabajo Especial de grado para optar al título de Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

PINO, María. (2003) Relajación. www.tusnuevos horizontes.com pp: 1-6

POTTER, P. y GRIFFIN, A. (2002) Fundamentos de enfermería. Vol. I. Madrid: Elsevier Science.

SUÁREZ, Elba. (1998) Cuando la Muerte se Acerca. Caracas: MacGraw Hill – Interamericana.

TAMAYO y TAMAYO (1995) El proceso de la investigación. México: Editorial Limusa,

TWYXCROSS, R. y WILCOCK, A. (2001). Control de Síntomas en Cáncer Avanzado. Inglaterra: RadCliff Medical Press.

VILLACORTA, Víctor. (2000) Musicoterapia. www.elmistico.com.ar