



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

# **REACCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A LA MUERTE**

(Estudio descriptivo-comparativo de corte transversal, realizado en las unidades de terapia intensiva de adulto y terapia intensiva pediátrica del Hospital Teodoro Schestakow en el período de noviembre de 2008 a julio del año 2009)

AUTORAS

Ceferina JUAREZ

Maria MOLINA

Mendoza, Diciembre de 2009

## **ADVERTENCIA**

El presente trabajo es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UN Cuyo y no puede reproducirse total o parcialmente, por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, sin expreso consentimiento de la mencionada Escuela o de las autoras.

# APROBACIÓN

Trabajo aprobado el: ...../...../.....

Nota:.....

Tribunal Examinador

Presidente:.....

Vocal:.....

Vocal:.....

## PRÓLOGO

A pesar de que todos admitimos que algún día habremos de morir, en nuestra cultura evadimos tratar de cerca nuestra propia muerte o la nuestros seres queridos. Cuando nos referimos a ella respecto a alguien cercano, utilizamos eufenismos como “pasar a mejor vida”, “irse al cielo”, “se fue de éste mundo”...

Tendemos a vivir situando nuestra propia muerte en un futuro muy remoto y la idea de muerte provoca una reacción que es la más frecuente, la de temor, ésta provoca una actitud evasiva en la mayoría de los enfermeros.

# ÍNDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Aprobación.....	III
Prólogo.....	IV
Índice general.....	V
Índice de tablas, gráficos y figuras.....	VI
<u>Capítulo nº 1: Planteamiento del problema</u> .....	1
Introducción.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Marco teórico.....	4
<u>Capítulo nº 2: Diseño metodológico</u> .....	8
Tipo de estudio, universo y muestra.....	9
Operacionalización de la variable.....	11
Plan de recolección, análisis y presentación de datos.....	12
<u>Capítulo nº 3: Resultados y propuestas</u> .....	48
Resultados.....	49
Herramientas a implementar.....	50
Conclusión y propuesta.....	52
Bibliografía.....	60
<u>Anexos</u>	
Encuesta( modelo).....	53
Tablas matriz.....	62

# ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla y gráfico nº 1: Distribución por sexo.....	14
Tabla y gráfico nº 2: Distribución por edad.....	15
Tabla y gráfico nº 3: Distribución por estado civil.....	16
Tabla y gráfico nº 4: Distribución por servicios.....	17
Tabla y gráfico nº 5: Distribución por antigüedad.....	18
Tabla y gráfico nº 6: Distribución por título habilitante.....	19
Tabla y gráfico nº 7: Distribución por cargo que desempeñan.....	20
<u>En relación al paciente y su familia</u>	
Tabla y gráfico nº 8: Distribución por el trato al paciente y familia.....	21
Tabla y gráfico nº 9: Distribución por respeto al paciente en estado terminal.....	22.
Tabla y gráfico nº 10: Distribución por permitirse expresar los sentimientos.....	23
Tabla y gráfico nº 11: Distribución por contención a la familia.....	24
Tabla y gráfico nº 5: Distribución por calidad en la atención brindada.....	25
<u>En relación al trabajo</u>	
Tabla y gráfico nº 1: Distribución por reconocimiento en el lugar de trabajo	26
Tabla y gráfico nº 2: Distribución por cumplimiento con los horarios de trabajo.....	27
Tabla y gráfico nº 3: Distribución por importancia al trabajo.....	28
Tabla y gráfico nº 4: Distribución por relación con el paciente moribundo...	29
Tabla y gráfico nº 5: Distribución por incapacidad, falta de confianza.....	30
<u>En relación a sus colegas.</u>	
Tabla y gráfico nº 1: Distribución por criticar.....	31
Tabla y gráfico nº 2: Distribución de cómo asume la muerte.....	32
Tabla y gráfico nº 3: Distribución por conflictos y tensiones.....	33
Tabla y gráfico nº 4: Distribución por emociones.....	34
Tabla y gráfico nº 5: Distribución por competencia.....	35
<u>En relación con lo personal.</u>	
Tabla y gráfico nº 1: Distribución por estado de ánimo.....	36
Tabla y gráfico nº 2: Distribución por responsabilidad frente a la muerte.....	37
Tabla y gráfico nº 3: Distribución por estado de inquietud o nerviosismo.....	38
Tabla y gráfico nº 4: Distribución por dificultad para concentrarse.....	39
Tabla y gráfico nº 5: Distribución por insensibilidad frente al trabajo.....	40
<u>En relación a la propia familia.</u>	
Tabla y gráfico nº 1: Distribución por calidad de tiempo brindado a la familia.....	41
Tabla y gráfico nº 2: Distribución por comunicación en el ámbito familiar.....	42
Tabla y gráfico nº 3: Distribución por apoyo que recibe de la familia.....	43
Tabla y gráfico nº 4: Distribución por lo que espera la familia.....	44
Tabla y gráfico nº 5: Distribución por como comparte el tiempo libre.....	45
Tabla y gráfico de cómo afecte la muerte según la edad.....	46
Tabla y gráfico de las reacciones adversas frente a la muerte.....	47

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es conocido que no solo basta el aprendizaje global como el conocimiento científico- tecnológico , ya que es menester la aplicación del mismo en forma sistemática e integral, además que se deberá tener una formación adecuada en la capacidad de pensamiento y contención afectiva para poder resolver situaciones inesperadas y lograr tener capacidad de adaptación a las mismas.

También deben considerarse los factores relacionados como estímulos fóbicos, falta de familiaridad con la experiencia, ansiedad ante la muerte, imagen negativa o a veces pensamientos desagradables sobre todo lo relacionado con la agonía o la muerte, el estrés físico o psicológico, el sufrimiento espiritual, la meditación, el significado y propósito de la vida, la incertidumbre, las crisis situacionales o de maduración y a veces hasta la falta de oportunidades para prepararse y enfrentar los agentes estresantes que a diario se nos presentan.-

Por ello, el recurso humano debería formarse para poder abordar nuevas problemáticas y poseer habilidades necesarias para trabajar con estos determinantes, con un enfoque interdisciplinario que ayuden a la reflexión que lo enriquecerá para resolver la situación, diseñar estrategias apropiadas para mejorar la calidad de atención y lograr una comunicación positiva entre los miembros del equipo de trabajo.

Como enfermeras no estamos ajenas a las diversas reacciones que nos provocan la agonía y el proceso de la muerte de un paciente.

El paciente terminal requiere comprensión, empatía y algún alivio para su aprensión e inseguridad, así como poder hablar de las dificultades y problemas causados por la enfermedad terminal que lo aqueja.

El apoyo emocional que es la creación terapéutica en la que el enfermo no se sienta juzgado ni marginado, sino entendido y ayudado para lograr confrontar desde el respeto, sus temores, deseos y necesidades en donde es posible combatir el abandono y aliviar el sufrimiento de la persona moribunda.

Tal vez sea necesario comenzar por aceptar nuestros propios límites y admitir que los seres que nosotros cuidamos son seres mortales. Necesitamos como profesionales de la salud tener una amplitud de criterios multidisciplinarios para escuchar y asumir un cambio de actitud, adquirir nuevos conocimientos por medio de la formación adecuada y querer hacerlo en base a la ética profesional y a las cualidades personales de cada enfermera.

Acompañar y cuidar enfermos terminales es una tarea dura porque nos vemos reflejada ante nuestra propia muerte. Por estas razones nuestro problema quedó planteado de la siguiente manera:

¿Cuáles son las reacciones adoptadas por enfermería frente a la muerte de un paciente y su repercusión en el entorno personal, familiar y laboral, en servicios de adultos y niños del Hospital T. Schestackow durante el periodo entre noviembre del 2008 a julio del 2009?



## MARCO TEÓRICO

### OBJETIVO GENERAL

- Determinar mediante estudio descriptivo las reacciones de enfermería frente a la muerte.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la adaptación del personal en unidad de terapia intensiva frente a la muerte, incluyendo la eficacia y el análisis de los factores predisponentes.
- Comparar la reacción del personal de enfermería frente a la muerte en unidad de terapia intensiva de adulto y unidad de terapia intensiva pediátrica

---

SMITH, Marilyn. 'El duelo y la muerte'. En Revista Nursing Número Agosto-Septiembre 1998 Pág. 21 - 23. California.

## MARCO TEÓRICO

Lamentablemente, muchas enfermeras tenemos historias similares, sentimientos análogos, el efecto acumulativo de muchas tensiones almacenadas, algunas pequeñas otras grandes, al igual que el resto de las personas, almacenamos estas tensiones en una parte de la psiquis, "nuestro yo interior", éste guarda sus pérdidas físicas y emocionales, los sueños reprimidos y las emociones intensas de todo tipo. También almacena sentimientos y pensamientos que cree que pueden ser peligrosos o pueden hacer que otras personas la rechacen si los conocieran y por supuesto almacena las pérdidas y el duelo entre otras<sup>1</sup>.

Como enfermeras el duelo puede ser especialmente intenso, debido al desconsuelo constante que se experimenta como cuidadora y soportar una carga especialmente pesada, porque se está expuesta a traumas y pérdidas todos los días, a veces no se encuentra la forma de liberar esos sentimientos y afrontamos graves consecuencias como el agotamiento y enfermedades.

La medicina en la antigüedad proscribía al médico tratar enfermos graves que no tenían esperanza de recuperación. En el papiro de Smith de la medicina egipcia de hace 3600 años se clasifica a las enfermedades en tres tipos: las que pueden curarse, las que se tratan, y las que no se pueden curar. Para los griegos, que veían a la muerte algo odioso, no tenía sentido prolongar la vida de los enfermos ni asistir a los moribundos.

---

<sup>1</sup> **SMITH, Marilyn;** "El duelo y la perdida". En Revista Nursing Número: Agosto Septiembre 1998 Pág., 21 – 22. California.

En el siglo IV antes de Cristo, no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte. A partir de la enseñanza cristiana, se establece la necesidad de ayudar al enfermo moribundo. "...Escucha a los enfermos... ellos te dirán qué hacer..."<sup>2</sup>

De todos los seres vivos, el hombre es el único que tiene conciencia de su propia finitud. Pero el hombre no puede conceptualizar la muerte como algo meramente biológico, la muerte es parte de su historia y de su forma de vivir dentro de su entorno social y la idea que tiene sobre la muerte es un fenómeno cultural<sup>3</sup>.

La muerte es la interrupción de la vida, lo opuesto a ella, es inevitable y universal pero totalmente desconocida, incontrolable y por lo tanto, peligrosa. Encarna todas las fantasías de separación y abandono, introduce el desorden dentro de nuestro micromundo ordenado y equilibrado. Es inimaginable para nosotros mismos o para nuestros seres más amados. Nos produce ansiedad y temor: prolongamos nuestro ser más allá de la muerte<sup>4</sup> y nos imaginamos como espectros vacíos y eternamente comunicados.

Ante el hombre moribundo todo ser humano, experimenta sensaciones ambivalentes, que oscilan entre la compasión y el deseo de prestar ayuda, y la angustia que conduce al rechazo y al abandono<sup>5</sup>. El

---

<sup>2</sup> **SOLÓRZANO SÁNCHEZ, M.;** "Los cuidados de enfermería en los cuidados paliativos". En revista Salud y Cuidados. Nº 2 de 2002. hospital Donostia España.

<sup>3</sup> **VIVANTE, A,** "Reflexiones críticas sobre la conceptualización de la muerte desde el punto de vista antropológico". En MAINETTI, J.M. "La muerte en medicina". Pág. 109-120. Editorial Quirón. La Plata. 1978.

<sup>4</sup> **JORDÁN, J. y cols.;** "La muerte y el morir en el contexto de la relación médico paciente", Pág., 16- 23. Editorial Medi, Libros Bs.As.1996.

<sup>5</sup> **BARRAGÁN, H.;** "La medicina y la sociedad frente a la muerte". En MAINETTI, J. A. "La muerte y la medicina". pág. 137- 154. Editorial Quirón. La Plata. 1978.

enfermo mismo propicia estos sentimientos mostrándose muchas veces agresivo y reclamante, tanto para el equipo de salud como para la familia.

La enfermedad y la muerte son fenómenos naturales relacionados con la vida. La agonía es el estado previo a la muerte, donde la vida se extingue de a poco. Para el hombre el proceso de morir no es un asunto biológico o un problema psíquico, se trata de un acto humano y es el más importante.

La experiencia que nosotros llamamos muerte ocurre cuando el cuerpo completa su proceso natural de terminar su función vital y cuando el espíritu cumple su proceso natural de reconciliación y realización final. Estos dos procesos tienen que ocurrir de una manera apropiada, única y propia de la entidad, creencias y estilo de vida de la persona moribunda<sup>6</sup>.

La muerte generalmente es considerada un tema de libros o seminarios. Ésta moviliza muchas emociones para quien a de enfrentarse, sus allegados, los profesionales de la salud a su cuidado ya que genera sentimientos de difícil manejo<sup>7</sup>.

La enfermera es la profesional del equipo de salud que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, preocupación, responsabilidad y sus conocimientos para el cuidado de los pacientes. Su relación es íntima de contacto físico y emocional, comparte momentos muy delicados con el moribundo y su familia.

---

<sup>6</sup> Revista Volver "La muerte", sección artículos. Autor Enric Benito, 28 de agosto 2008. Documento tomado de Marchand L. Fast and concepts = 118. Near death awareness. August 2004.

<sup>7</sup> Revista Creces "El proceso de morir", Manejo del enfermo terminal. Artículo. Autor Renato Hevia, publicado en revista Creces. Diciembre 1992.-

La relación enfermera- paciente es el eslabón humano que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir.

El paciente terminal es un tema de rechazo impregnado de ignorancia. La negación de la muerte es la primera defensa psicológica frente al dolor, es el común denominador de ésta actitud de la enfermera, como de cualquier persona.

Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor emocional y físico, despiertan en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el moribundo la fuerza a llegar a considerar su propia muerte, aumentando sus temores personales sobre la misma.

No podemos impedir el sufrimiento que forma parte del camino de la vida de cada uno, pero deberíamos intentar que éste no viva en el abandono y en la soledad, sino en el encuentro, si compartir las emociones disminuye los miedos debemos dejar que nuestros moribundos se expresen emocionalmente<sup>8</sup>.

## **ASPECTOS ÉTICOS DE LA MUERTE**

A pesar de que el hombre es el único ser que tiene conciencia de su mortalidad, en lo más profundo del inconsciente cada uno de nosotros

---

<sup>8</sup> GALVEZ, M.; "La UCI y el amor tecnológico", En Index de la UCI del Hospital regional Carlos Haya. Editorial Fundación Index. Málaga. España. 2009.

está convencido de ser inmortal, y la muerte nos resulta imposible de imaginar.

La muerte puede analizarse desde dos aspectos: como un hecho natural que tiene lugar en el orden biológico de las cosas o en relación específica con la naturaleza humana. Desde éste último punto de vista, lo que muere no es solamente el cuerpo del hombre, sino también su conciencia, su historia y su mundo particular, la muerte es por lo tanto, un acontecimiento estrictamente personal.

El concepto de muerte ha cambiado durante el transcurso de la historia humana. La aparición de medidas de soporte de las funciones vitales hace que en muchas mentes aparezcan dudas sobre si ha ocurrido o no la muerte. Los requerimientos de la ciencia actual obligan a que se determine en que situación debe considerarse que un ser humano ha muerto. Las circunstancias en las que se puede plantear se refieren a casos muy específicos con lesiones del sistema nervioso central que por su severidad e irreversibilidad suponen un diagnóstico dificultoso.

La muerte no es un fenómeno que pueda ser catalogado solamente desde el punto de vista biológico, la muerte tiene un significado social y legal, una fecha y una hora determinadas, las cuales corresponden al momento en que el ser humano cumple con la definición y los criterios de la muerte.

Los principios éticos que entran en vigencia son el de calidad de vida, que obliga al alivio del sufrimiento, y el principio de no inducción al daño, que lleva a evitar la prolongación del proceso de morir.

## LOS DERECHOS DEL ENFERMO

La sociedad tuvo que recorrer un largo camino hasta que el concepto de autonomía y el reconocimiento de los derechos de todos los hombres se plasmaran en forma de leyes y se extendieran para modificar profundamente los valores éticos de la medicina.

El principio de autonomía puede considerarse como una conquista del mundo moderno. El hombre construye un orden moral que se impone al orden de la naturaleza, ya no es un elemento de la naturaleza sino que está por encima de ella, su escala de valores es superior porque está basada en la inteligencia y en la libertad de elección.

Para poder tomar decisiones en relación con su salud, el enfermo debe conocer toda la información posible con respecto a su estado, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizables y a lo que razonablemente puede esperar de ellos.

Todas las declaraciones de derechos de los pacientes se basan en los principios generales de conocer y decidir<sup>9</sup>. Al clásico derecho a la salud se le agregan otros nuevos, pero no de menor importancia: el derecho al consentimiento informado, el derecho a la privacidad, el derecho no sufrir y a morir con dignidad. Todos se fundamentan en que a un ser humano adulto y en su sano juicio pueden decidir qué debe hacerse con su cuerpo.

La muerte, como último acto de la vida libre y autónoma, es una elección y una responsabilidad que sólo atañe a cada ser enfermo.

<sup>9</sup> Silvia Angiola, Estudios de bioética racional, "Los derechos del enfermo", Sede academia hospital Ramos Mejía. Editorial Tecnos 1989, pág. 151- 154.

## **CAPÍTULO II**

# **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es un estudio descriptivo, comparativo, transversal realizado durante los meses de noviembre del 2008 a julio del 2009, en los servicios de unidad de terapia intensiva de adultos y unidad de terapia intensiva pediátrica del hospital Teodoro Schestakow de San Rafael, Mendoza.

### **UNIVERSO**

Se utilizó el total de la población conformada por 23 enfermeros de ambos sexos, 22 enfermeras, 2 enfermeros jefes y 1 supervisora. Los que aceptaron participar excepto 1 que no contestó.

### **MUESTRA**

Debido a que ambos servicios están comprendidos por escaso personal de enfermería, no se hizo selección de muestra y se decide trabajar con el universo.

### **PLAN DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

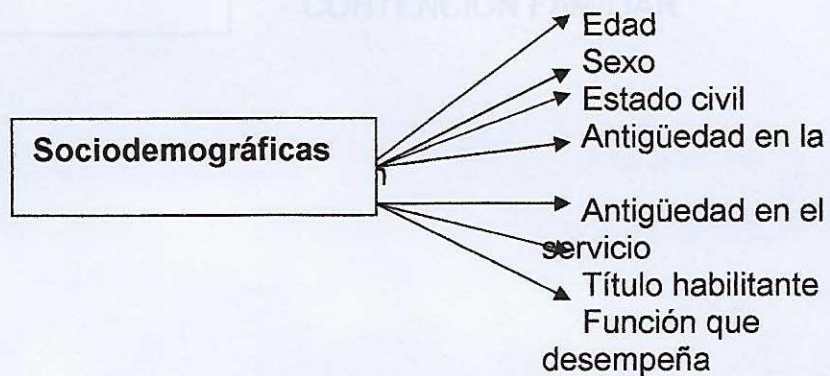
El instrumento que se utilizó para la recolección de datos es una encuesta anónima compuesta por preguntas abiertas y cerradas relativas



a datos sociodemográficos y con temas abordados a la experiencia profesional y personal en relación al paciente, su familia, colegas y a la propia familia.

Se procesaron los datos, elaborando tablas de frecuencia absoluta, relativa, porcentual y acumulada y se compararon datos entre servicio de adultos y pediátricos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE



**En relación al paciente**

TRATO  
CALIDAD  
RESPETO

**En relación a la familia del pte.**

TRATO  
CONTENCIÓN

**En lo personal**

SENTIMIENTOS  
RESPONSABILIDAD  
CONCENTRACIÓN

**En relación al  
trabajo**

SENTIMIENTO DE UTILIDAD  
CUMPLIMIENTO  
IMPORTANCIA

**En relación con los  
colegas**

RELACIÓN CON LOS COLEGAS  
EXPLICITACIÓN DE SITUACIONES  
CONFLICTOS  
COMPETENCIA

**En relación con la  
propia familia**

RELACIONES FAMILIARES  
CONTENCIÓN FAMILIAR

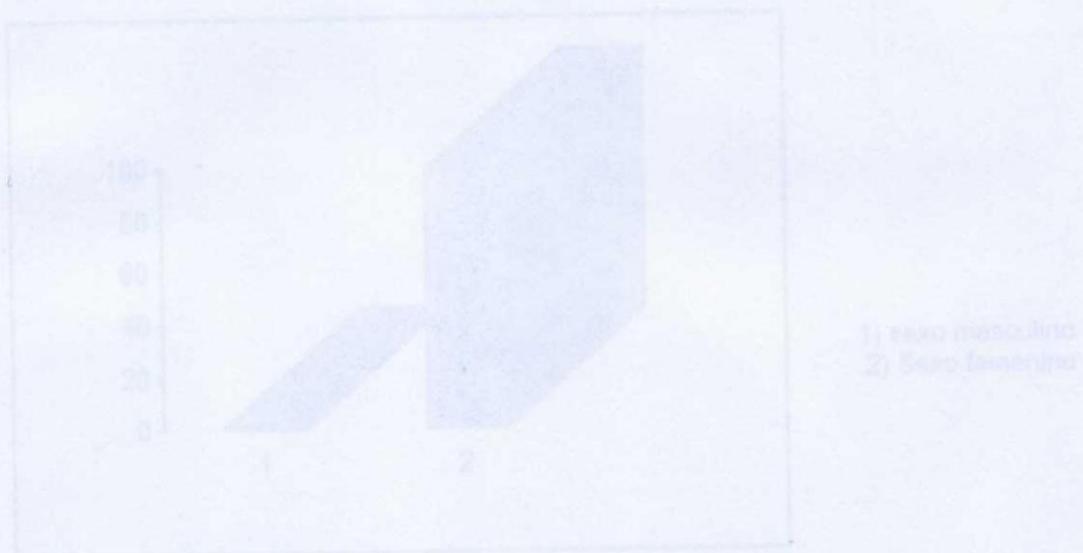
TABLA N° 1 Distribución de la muestra según sexo.

Sexo	F	F.	%	F
Masculino	1	0,04	4%	1
Femenino	21	0,91	91%	22
S/D	1	0,04	4%	1
Total	23	0,99	99%	23

Fuente: Datos recolectados por los autores en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schotzkoew, de noviembre del 2000 a julio del 2004.

## TABLAS Y GRÁFICOS

GRÁFICO N°1



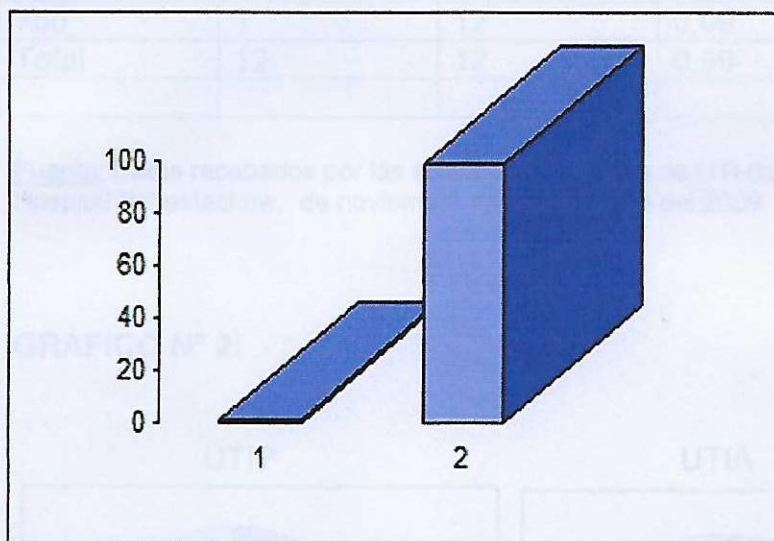
Análisis: Se observa que el mayor porcentaje de los enfermos de los servicios de terapia intensiva son de sexo femenino, existiendo un solo enfermo de sexo masculino.

**TABLA N° 1** Distribución de la muestra según sexo.

Sexo	F	fr.	f%	F
Masculino	1	0,04	4%	1
Femenino	21	0,91	91%	22
S/D	1	0,04	4%	1
Total	23	0,99	99%	23

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009.

**GRÁFICO N°1**



- 1) sexo masculino
- 2) Sexo femenino

**Análisis:** Se observa que el mayor porcentaje de las enfermeras de los servicios de terapia intensiva son de sexo femenino, existiendo un solo enfermero de sexo masculino.

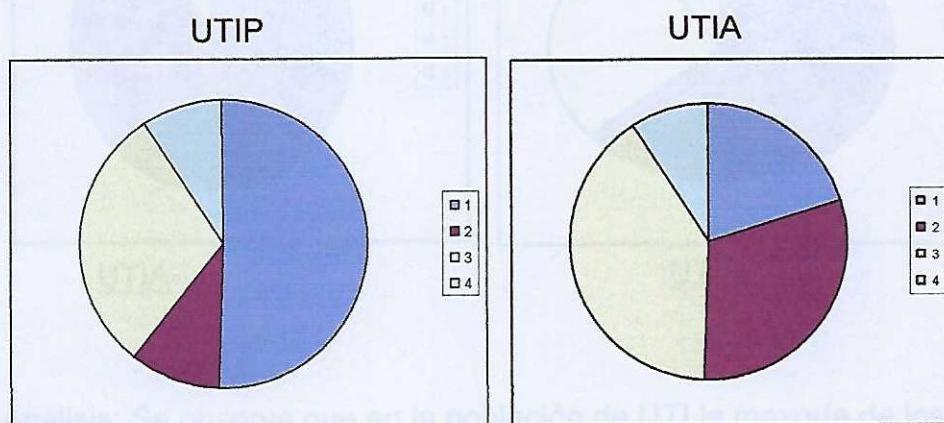
**TABLA N°2:** Distribución por edad.

<u>UTIP</u>				
Edad	f	F	fr	f %
<30	5	5	0,50	50 %
31-40	2	7	0,1	10 %
41-50	3	10	0,30	30 %
>50	0	0	0,00	0 %
S/D	1	11	0,09	9 %
Total	11	11	0,99	99 %

<u>UTIA</u>				
Edad	f	F	fr	f %
< 30	2	2	0,2	20 %
31-40	4	6	0,3	30 %
41-50	5	11	0,4	40 %
>50	1	12	0,09	9 %
Total	12	12	0,99	99 %

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009.

**GRAFICO N° 2:**



**Análisis:** Se observa que las edades de mayor frecuencia de UTIA son entre los 41 y 50 años, y UTIP el 50 % corresponde menores de 30 años

**TABLA N° 3:** Distribución por estado civil.

**UTIP**

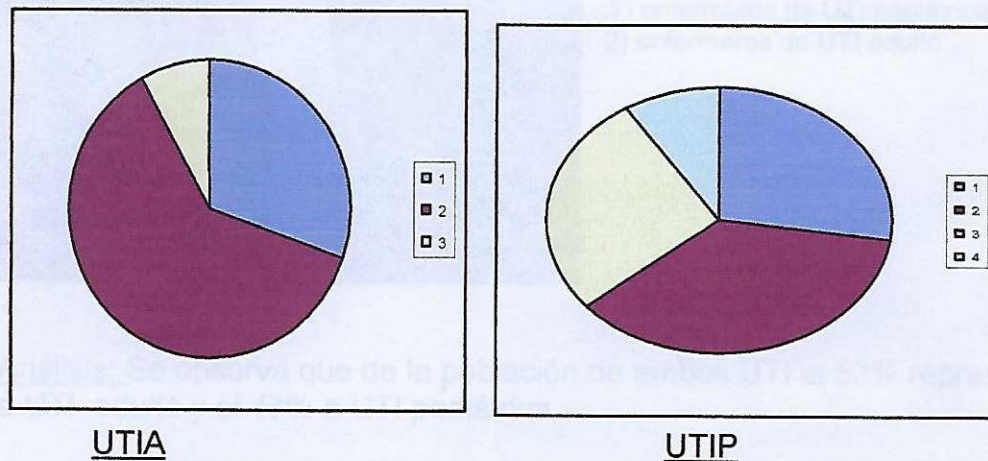
E civil	F	F	fr	f%
Casado	3	3	0,27	27 %
Soltero	4	7	0,36	36 %
Otros	3	10	0,27	27 %
S/D	1	11	0,09	9 %
Total	11	11	0,99	99 %

**UTIA**

E civil	F	F	fr	f %
Casado	4	4	0,3	30 %
Soltero	7	11	0,6	60 %
Otros	1	12	0,08	8 %
Total	12	12	0,98	98 %

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N°3**



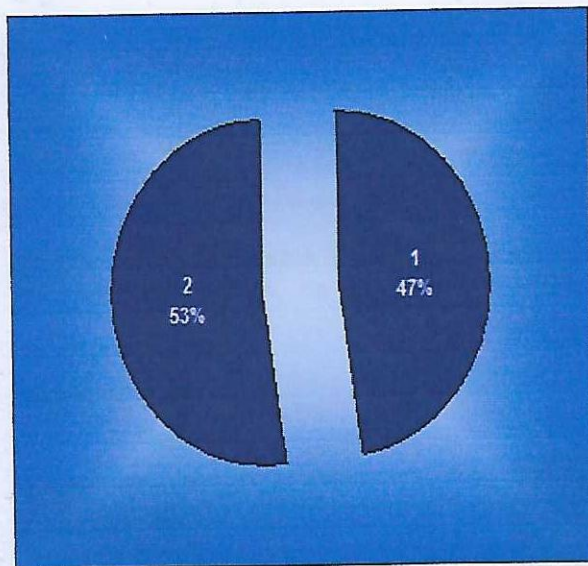
Análisis: Se observa que en la población de UTI la mayoría de los enfermeros son solteros, ya que en UTIP hay 36 % y en UTIA el 60 %

**TABLA N° 4: Distribución de enfermeros por servicios**

Servicio	f.	fr.	f %	F
UTI ped.	11	0,47	47%	11
UTI adul.	12	0,52	52%	23
Total	23	0,99	99%	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 4**



- 1) enfermeros de UTI pediátrica
- 2) enfermeros de UTI adulto

Análisis: Se observa que de la población de ambas UTI el 53% representa a UTI adulto y el 47% a UTI pediátrica.

**TABLA N° 5.** Distribución de enfermeros por antigüedad en profesión

**UTIP**

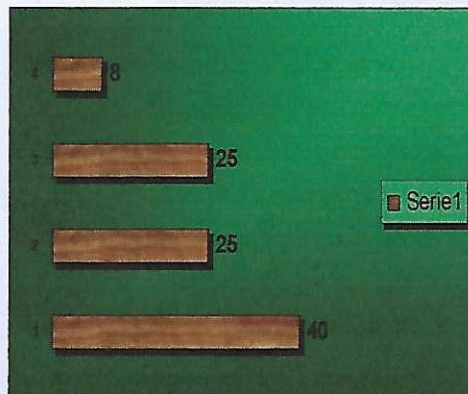
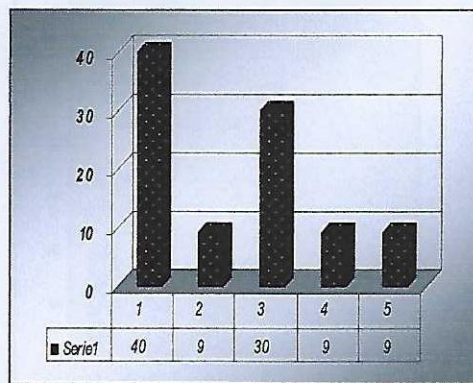
Antigüedad	F	F	Fr	f %
< 5	5	5	0,4	40 %
5-10	1	6	0,09	9 %
10-20	3	9	0,3	30 %
>20	1	10	0,09	9 %
S/D	1	11	0,09	9 %
Total	11	11	0,97	97 %

**UTIA**

Antigüedad	F	F	Fr	f %
< 5	1	1	0,08	8 %
5-10	5	6	0,4	40 %
10-20	3	9	0,25	25 %
>20	3	12	0,25	25 %
Total	12	12	0,98	98 %

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 5**



**UTIP**

**UTIA**

**Análisis:** Se observa que en la antigüedad de la profesión de la población de UTIP es menor de 5 años el 40 % y en UTIA de 5-10 años el 40 %



**TABLA N° 6: Distribución por título habilitante**

**UTIP**

Título	f.	fr.	f %	F
Licenciado	2	0,2	20 %	2
Enf. Prof.	8	0,7	70 %	10
Enf. Aux.	0	0	0	0
S/D	1	0,09	9 %	11
Total	11	0,99	99 %	11

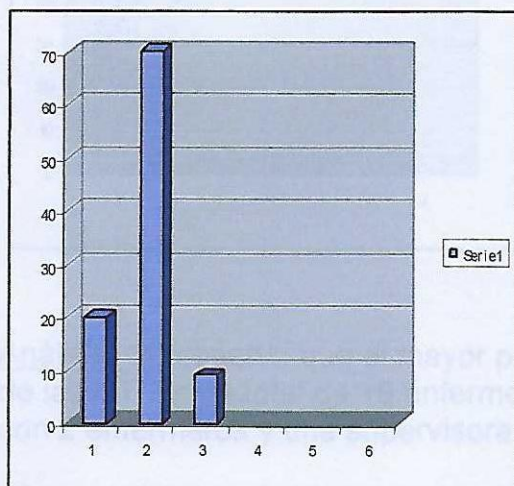
**UTIA**

Título	f	Fr	f %	F
Licenciado	1	0,08	8 %	1
Enf. Prof.	9	0,7	70 %	10
Enf. Aux.	2	0,2	20 %	12
Total	12	0,98	98 %	12

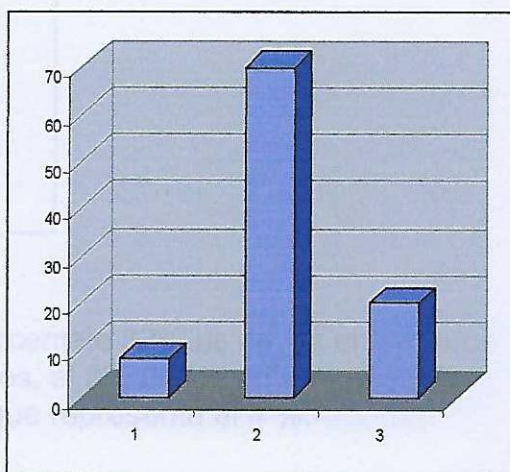
Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 6**

**UTIP**



**UTIA**



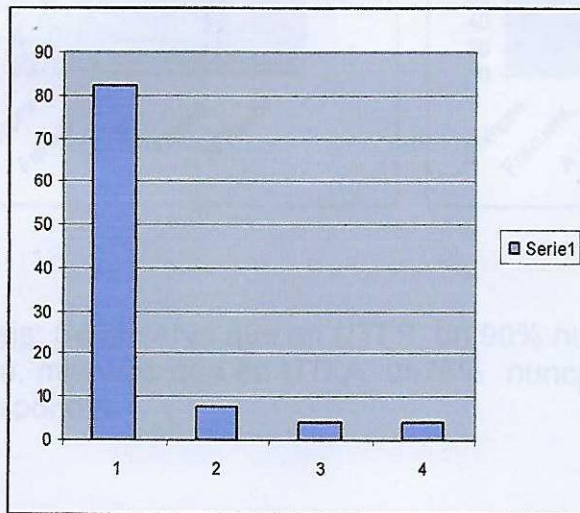
**Análisis:** se observa que tiene mayor frecuencia el título de enfermero profesional, reflejado en 70 % con 17 enfermeros en un total de 23 enfermeros.

**TABLA N° 7: Distribución por cargos**

Cargo	f.	fr.	f %	F
Enfermero	19	0,82	82%	19
enf. Jefe	2	0,08	8%	21
Supervisor	1	0,04	4%	22
S/D	1	0,04	4%	23
Total	23	0,98	98%	

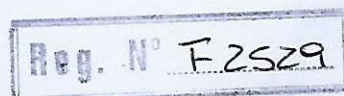
Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 7**



- 1) cargo de enfermería
- 2) cargo de enfermeros jefe
- 3) cargo de supervisor
- 4) Sin datos

Análisis: Se observa que el mayor porcentaje 82% es de los enfermeros de las UTI en un total de 19 enfermeros, el 8% de los enfermeros jefes con 2 enfermeros y una supervisora que representa el 4 %.-



**TABLA N° 8.** Distribución de frecuencia según trato al paciente y su familia

UTI PEDIATRICA

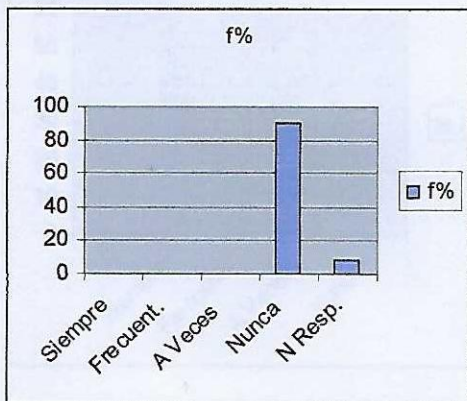
	F	fr	f%	F
Siempre			0	
Frecuent.			0	
A Veces			0	
Nunca	10	0.09	90	10
N Resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

UTI ADULTOS

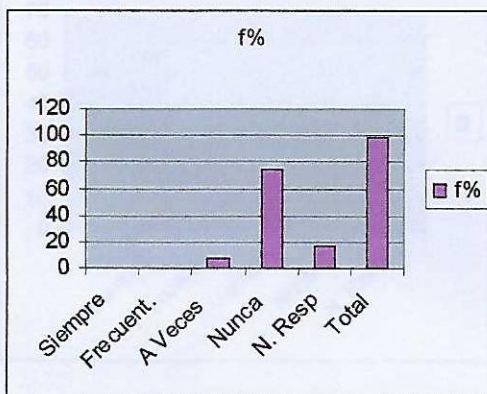
	f	fr	f%	F
Siempre			0	
Frecuent.			0	
A Veces	1	0.08	8	1
Nunca	9	0.75	75	10
N. Resp	2	0.16	16	12
Total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 8a UTI P**



**GRAFICO N° 8b UTI A**



**Análisis:** Se observa que en UTI P. un 90% nunca trata mal a los pacientes y su familia, mientras que en UTI A. un 75% nunca trata mal, 8% a veces y el 16 % no respondió.

**TABLA N° 9:** Distribución por respeto al paciente en estado Terminal.

**UTI PEDIATRICA**

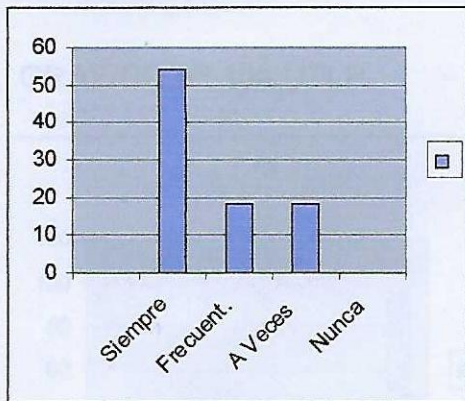
	f	fr	f%	F
Siempre	6	0.54	54	6
Frecuent.	2	0.18	18	8
A Veces	2	0.18	18	10
Nunca	0	0.00	0	10
N Resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	11

**UTI ADULTOS**

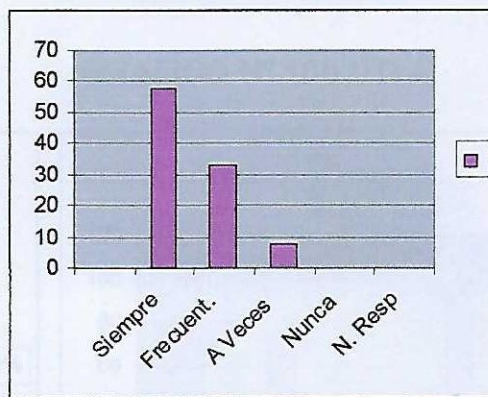
	f	Fr	f%	F
Siempre	7	0.58	58	7
Frecuent.	4	0.33	33	11
A Veces	1	0.08	8	12
Nunca	0	0.00	0	12
N. Resp	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	12

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 9a UTI P**



**GRAFICO N° 9b UTI A**



**ANALISIS:** Observamos que en UTIP. el 54% siempre respeta las últimos deseos de los pacientes terminales, 18% frecuentemente, 18% a veces, 9% no responde, mientras que en UTI A. el 58% siempre respeta los deseos de los pacientes terminales, 33% frecuentemente, y 8% a veces.

**ANALISIS:** Observamos que en UTIP un 54% a veces le permite expresar sus sentimientos frente al paciente y su familia, 27% frecuentemente, 9% siempre, 9% no respondió; mientras que en UTI A. un 58% a veces, 25% nunca y el 17% frecuentemente.

**TABLA Nº 10:** Distribución por permitirse expresar los sentimientos

**UTI PEDIATRICA**

	f	fr	f%	F
Siempre	1	0.09	9	1
Frecuent.	3	0.27	27	4
A Veces	6	0.54	54	10
Nunca	0	0.00	0	10
N Resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	11

**UTI ADULTOS**

	f	fr	F%	F
Siempre	0	0	0	0
Frecuent.	1	0.08	8	1
A Veces	8	0.66	66	9
Nunca	3	0.25	25	12
N. Resp	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	12

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

GRAFICO Nº 11a UTI P

**GRAFICO Nº 10a UTI P**

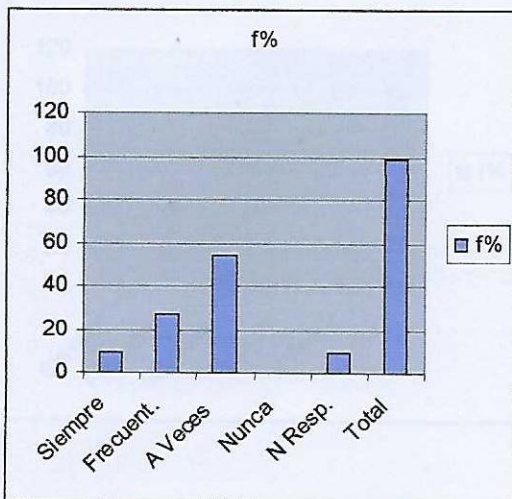
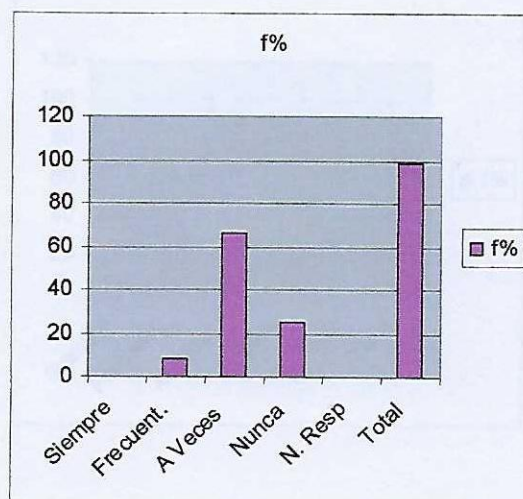


GRAFICO Nº 11b UTI A

**GRAFICO Nº 10b UTI A**



**ANALISIS:** Observamos que en UTIP un 54% a veces se permite expresar sus sentimientos frente al paciente y su familia, 27% frecuentemente, 9% siempre; 9% no respondió; mientras que en UTI A. un 66% a veces, 25% nunca Y el 8% frecuentemente.

**TABLA N° 11: Distribución por contención a la familia**

**UTI PEDIATRICA**

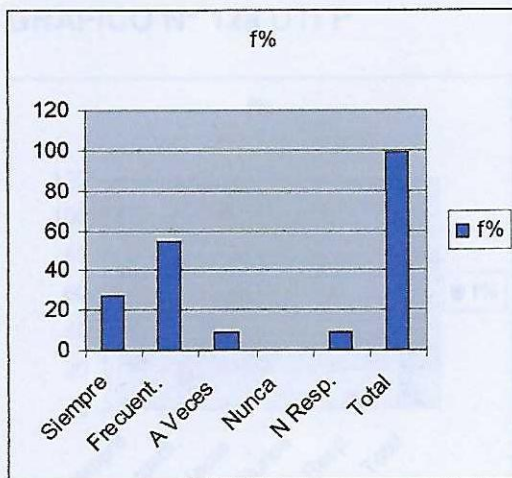
	f	fr	f%	F
Siempre	3	0.27	27	3
Frecuent.	6	0.54	54	9
A Veces	1	0.09	9	10
Nunca	0	0.00	0	10
N Resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	11

**UTI ADULTOS**

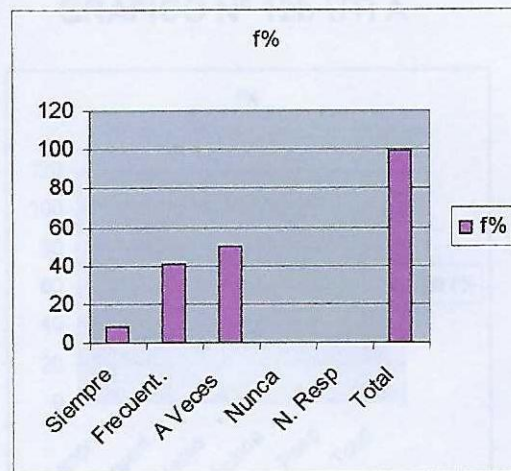
	f	fr	f%	F
Siempre	1	0.08	8	1
Frecuent.	5	0.41	41	6
A Veces	6	0.50	50	12
Nunca	0	0.00	0	12
N. Resp	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	12

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 11a UTI P**



**GRAFICO N° 11b UTI A**



**Análisis:** Observamos que en UTI P el 54% brinda contención al paciente y familia frecuentemente, 27% siempre, 9% a veces, 9% no responde. En UTI A: 50% a veces, 41% frecuentemente y 8% siempre.

**TABLA N° 12:** Distribución por la calidad de atención brindada

**UTI PEDIATRICA**

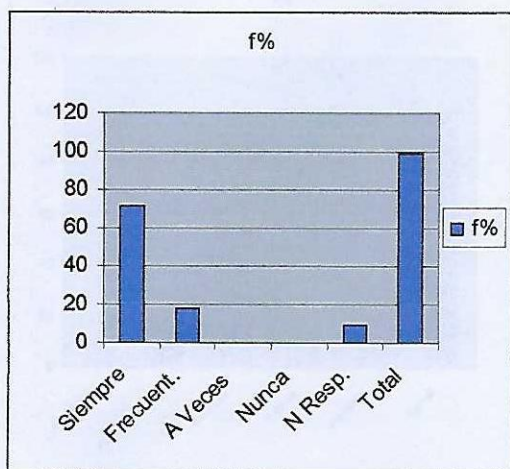
	f	fr	f%	F
Siempre	8	0.72	72	8
Frecuent.	2	0.18	18	10
A Veces	0	0.00	0	10
Nunca	0	0.00	0	10
N Resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	11

**UTI ADULTOS**

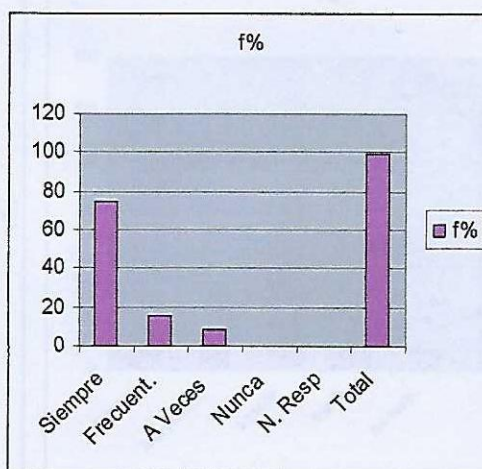
	f	fr	f%	F
Siempre	9	0.75	75	9
Frecuent.	2	0.16	16	11
A Veces	1	0.08	8	12
Nunca	0	0.00	0	12
N. Resp	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	12

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 12a UTI P**



**GRAFICO N° 12b UTI A**



**Análisis:** Se observa que en UTI P. el 72% brinda calidad en la atención hasta último momento siempre, 18% en forma frecuente, 9% no responde. En UTI A: 75% siempre, 16% frecuentemente Y 8% a veces.

**TABLA N° 13: Distribución por reconocimiento**

**UTI PEDIATRICA**

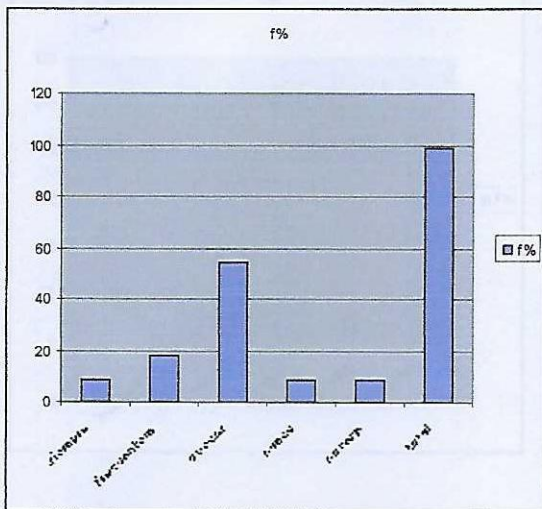
	f	fr	f%	F
Siempre	1	0.09	9	1
frecuentem.	2	0.18	18	3
a veces	6	0.54	54	9
Nunca	1	0.09	9	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

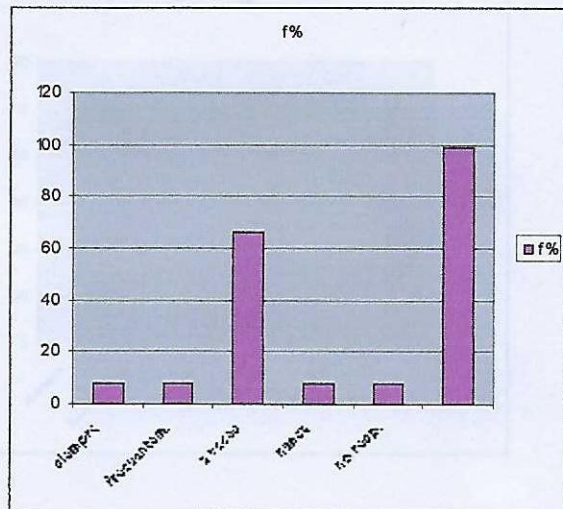
	f	fr	f%	F
Siempre	1	0.08	8	1
frecuentem.	1	0.08	8	2
a veces	8	0.66	66	10
Nunca	1	0.08	8	11
no resp.	1	0.08	8	12
	12	0.98	98,	

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 13 UTI P.**



**GRAFICO N° 13 UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P. que un 54% a veces se siente reconocida en su lugar de trabajo, 18% frecuentemente, 9% siempre, 9% nunca, 9% no responde. UTI A 66% a veces, 8% siempre, 8% frecuentemente, 8% nunca y 8% no responde.



**TABLA N° 14:** Distribución por cumplimiento con los horarios de trabajo

**UTI PEDIATRICA**

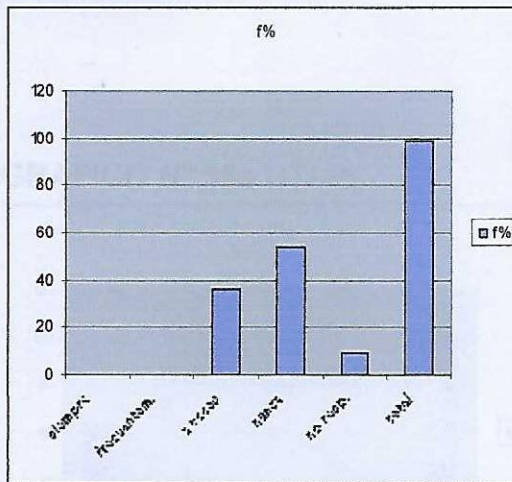
	f	fr	f%	F
Siempre	0	0	0	0
Frecuentem.	0	0.00	0	0
a veces	4	0.36	36	4
Nunca	6	0.54	54	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

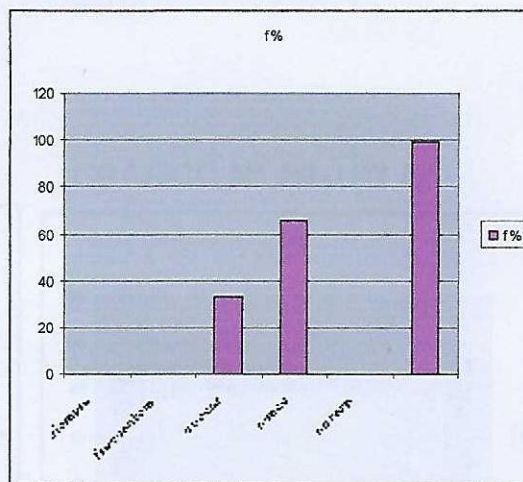
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem.	0	0.00	0	0
a veces	4	0.33	33	4
nunca	8	0.66	66	12
no resp.	0	0.00	0	12
	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 14a UTIP.**



**GRAFICO N° 14b UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P: un 54% nunca llega tarde, 36% a veces, 9% no responde. UTI A. 66% nunca y el 33% a veces.

**Análisis:** Se observa en UTI P que el 54% siempre considera su trabajo importante, 27% frecuentemente, 9% no responde. UTI A, siempre al 91% y frecuentemente al 9%.

**TABLA N° 15:** Distribución por importancia al trabajo.

**UTI PEDIATRICA**

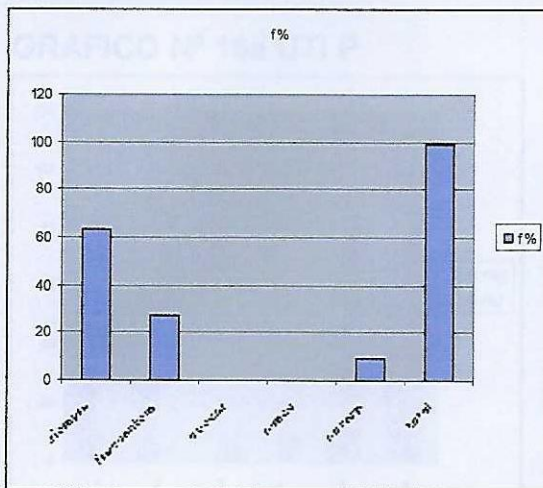
	f	fr	f%	F
Siempre	7	0.63	63	7
Frecuentem.	3	0.27	27	10
a veces	0	0.00	0	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.09	99	

**UTI ADULTOS**

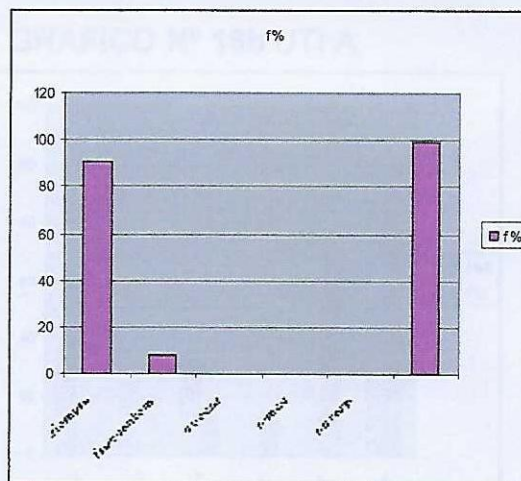
	f	fr	f%	F
siempre	11	0.91	91	11
frecuentem.	1	0.08	8	12
a veces	0	0.00	0	12
nunca	0	0.00	0	12
no resp.	0	0.00	0	12
	12	0.99	99	

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 15a UTI P.**



**GRAFICO N° 15b UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P. que el 63% siempre considera su trabajo importante, 27% frecuentemente, 9% no responde. UTI A. siempre el 91% y frecuentemente el 8%.

**TABLA N° 16:** Distribución por relación con el paciente moribundo.

**UTI PEDIATRICA**

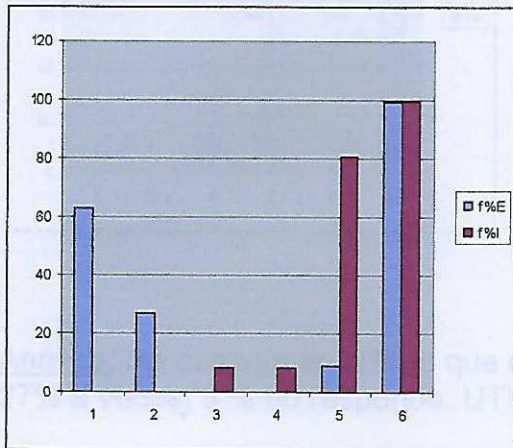
	f		fr		f%		F	
	E	I	E	I	E	I	E	I
Siempre	7	0	0.63	0.00	63	0	7	0
frecuentem.	3	0	0.27	0.00	27	0	10	0
a veces	0	1	0.00	0.08	0	8	10	1
Nunca	0	1	0.00	0.08	0	8	10	2
no resp.	1	9	0.09	0.81	9	81	11	11
Total	11	11	0.99	0.99	99	99		

**UTI ADULTOS**

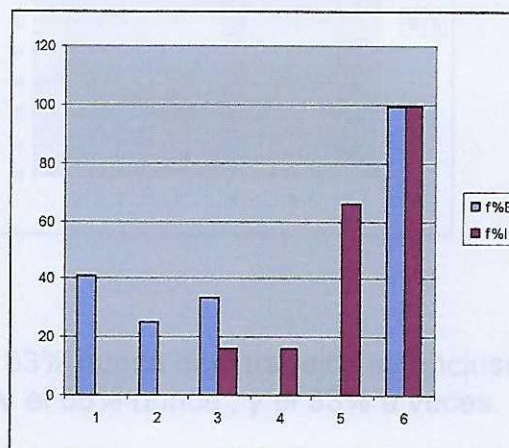
	f		fr		f%		F	
	E	I	E	I	E	I	E	I
Siempre	5	0	0.41	0.00	41	0	5	0
frecuentem.	3	0	0.25	0.00	25	0	8	0
a veces	4	2	0.33	0.16	33	16	12	2
Nunca	0	2	0.00	0.16	0	16	12	4
no resp.	0	8	0.00	0.66	0	66	12	12
Total	12	12	0.99	0.99	99	99		

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 16a UTI P.**



**GRAFICO N° 16b UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P. que el 63% siempre se relaciona con las personas moribundas con empatía, el 27% frecuentemente, 9% no responde. con indiferencia el 81% no responde, 8% nunca, 8% a veces. Mientras que en UTI A. el 41% siempre responde con empatía, 33% a veces, 25% frecuentemente. Con indiferencia 66% no responde, 16% a veces, y el 16% nunca.

**TABLA N° 17:** Distribución por incapacidad, falta de confianza.

**UTI PEDIATRICA**

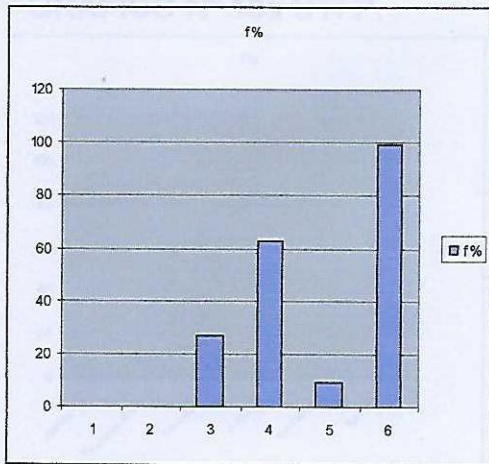
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	3	0.27	27	3
Nunca	7	0.63	63	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

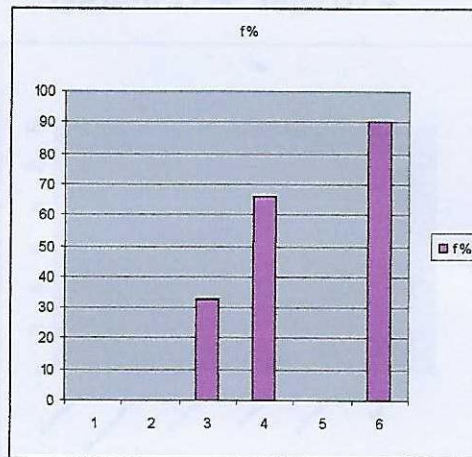
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	4	0.33	33	4
nunca	8	0.66	66	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	90	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 17a UTI P.**



**GRAFICO N° 17b UTI A.**



Análisis: Se observa en UTI P: que el 63% nunca deja trabajos inconclusos, 27% a veces, 9 % no responde. UTI A: el 66% nunca , y el 33% a veces.

**TABLA N° 18:** Distribución por criticar.

**UTI PEDIATRICA**

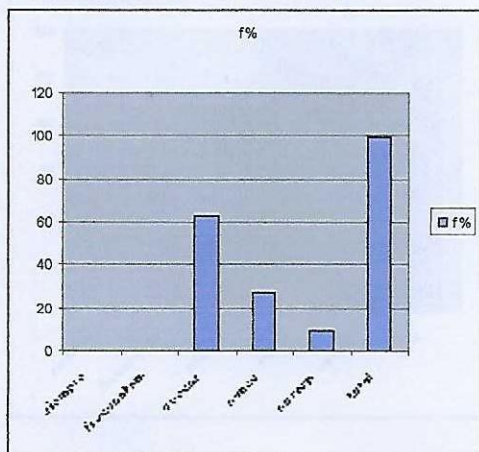
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	7	0.63	63	7
Nunca	3	0.27	27	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

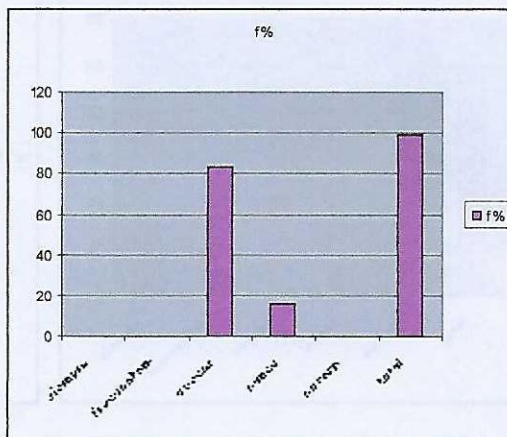
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	10	0.83	83	10
nunca	2	0.16	16	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 18a UTI P.**



**GRAFICO N° 18b UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P. que el 63% a veces critica a sus colegas, 27% nunca, 9% no responde. En UTI A: el 83% a veces y el 16% nunca.

**TABLA N° 19:** Distribución de cómo se asume la muerte.

**UTI PEDIATRICA**

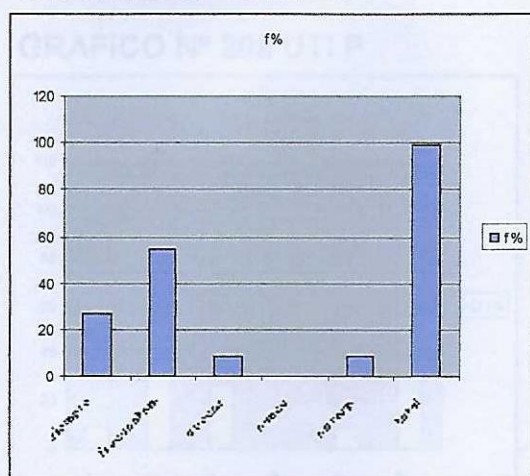
	f	fr	f%	F
siempre	3	0.27	27	3
Frecuentem	6	0.54	54	9
a veces	1	0.09	9	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

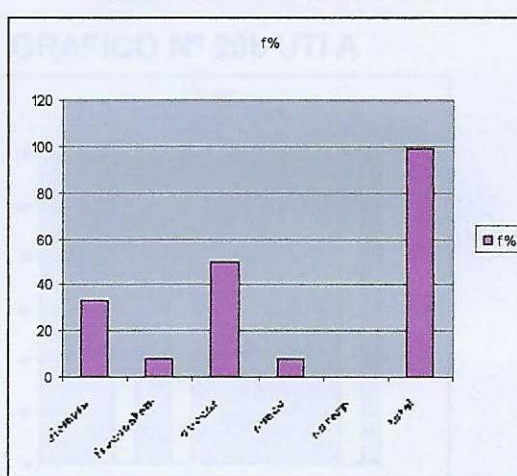
	f	fr	f%	F
siempre	4	0.33	33	4
frecuentem	1	0.08	8	5
a veces	6	0.50	50	11
nunca	1	0.08	8	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 19a UTI P.**



**GRAFICO N° 19b UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P: que el 54% frecuentemente hablan después de una perdida (muerte), 27% siempre, 9% a veces, 9% no responde. En UTI A: el 50% a veces, 33% siempre, 8% frecuentemente y 8% nunca.

**TABLA N° 20:** Distribución por conflictos o tensiones.

**UTI PEDIATRICA**

	f	fr	f%	F
siempre	1	0.09	9	1
Frecuente	6	0.54	54	7
a veces	3	0.27	27	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuente	4	0.33	33	4
a veces	8	0.66	66	12
nunca	0	0.00	0	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

GRAFICO N° 21a UTI P

**GRAFICO N° 20a UTI P**

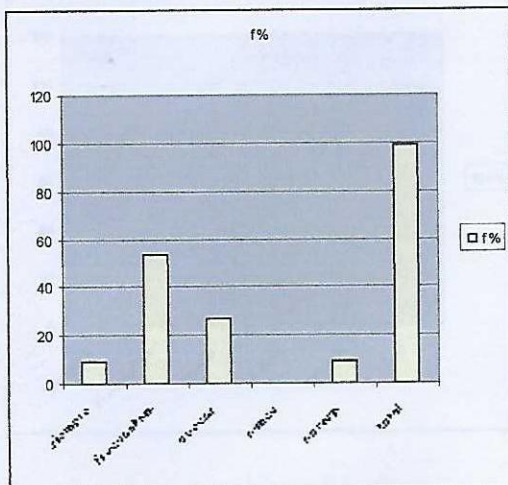
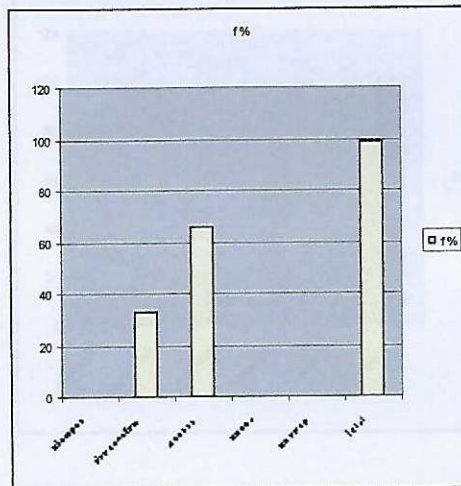


GRAFICO N° 21 UTI A

**GRAFICO N° 20b UTI A**



Análisis: Se observa en UTI P. que el 45% a veces reacciona con diferentes competencias

Análisis: Se observa en el servicio de UTI P. El 54% refiere conflictos y competencias frecuentemente, 27% a veces, 9% siempre y el 9 % no responde. En UTIA. El 66% a veces y el 33% frecuentemente

**TABLA N° 21:** Distribución por emociones.

**UTI PEDIATRICA**

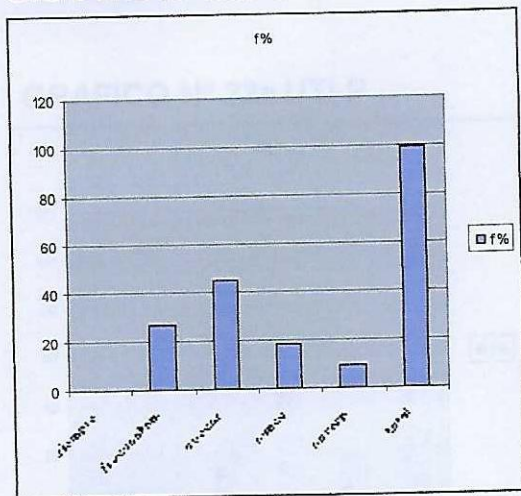
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	3	0.27	27	3
a veces	5	0.45	45	8
Nunca	2	0.18	18	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

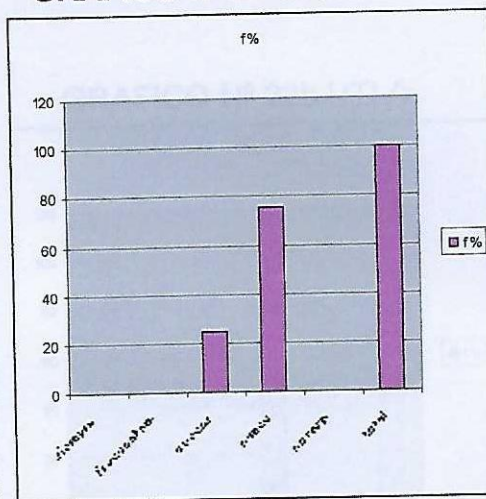
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	3	0.25	25	3
nunca	9	0.75	75	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	1.00	100	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 21a UTI P**



**GRAFICO N° 21 UTI A**



**Análisis:** Se observa en UTI P: que el 45% a veces reacciona con diferentes emociones que no guardan relación con las circunstancias, 27% frecuentemente, 18 nunca, 9% no responde, mientras que en UTI A. el 75% nunca, y el 25% a veces.



**TABLA N° 22:** Distribución por competencia.

**UTI PEDIATRICA**

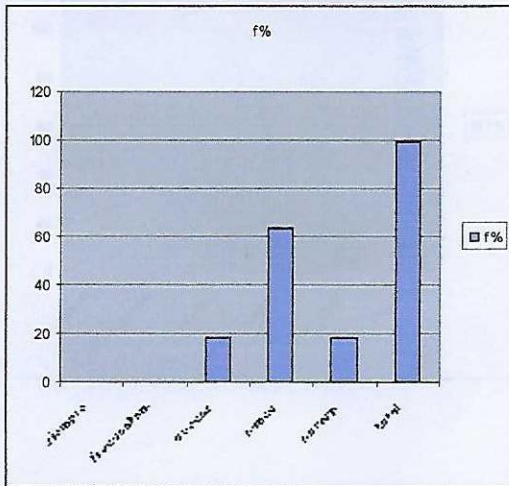
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	2	0.18	18	2
Nunca	7	0.63	63	9
no resp.	2	0.18	18	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

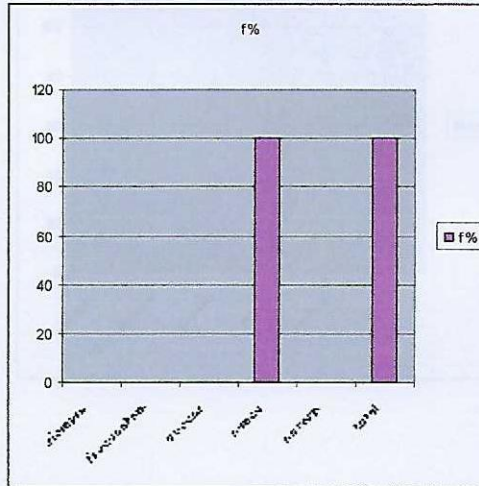
	f	fr	f%	F
Siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	0	0.00	0	0
Nunca	12	1.00	100	12
no resp.	0	0.00	0	12
Total	12	1.00	100	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 22a UTI P**



**GRAFICO N° 22b UTI A**



Análisis: Se observa en UTI P. que el 63% nunca compite con sus colegas, 18 % a veces, 18% no responde. En UTI A: el 100% nunca compite.

**TABLA N° 23:** Distribución por estado de ánimo.

**UTI PEDIATRICA**

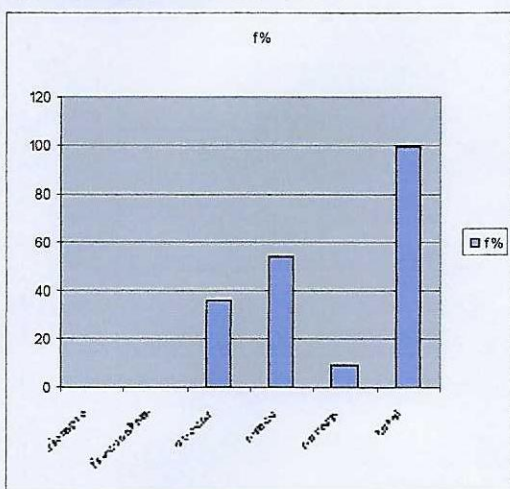
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	4	0.36	36	4
Nunca	6	0.54	54	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

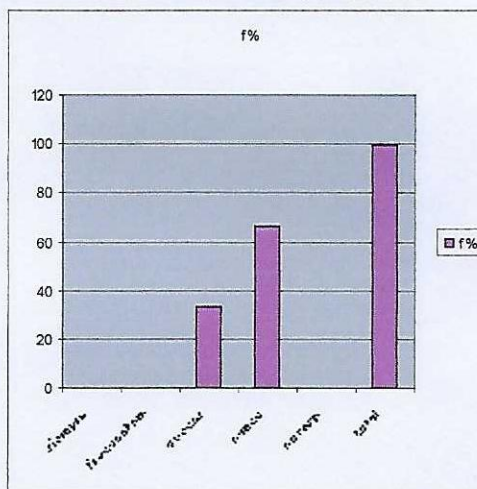
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	4	0.33	33	4
nunca	8	0.66	66	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 23a UTI P**



**GRAFICO N° 23b UTI A**



**Análisis:** Observamos que en el servicio de UTI P. un 36% a veces llora mucho, 54 % nunca, 9 % no responde, mientras que en UTI A. el 33 % a veces y 66% nunca.

**TABLA N° 24:** Distribución por responsabilidad frente a la muerte.

**UTI PEDIATRICA**

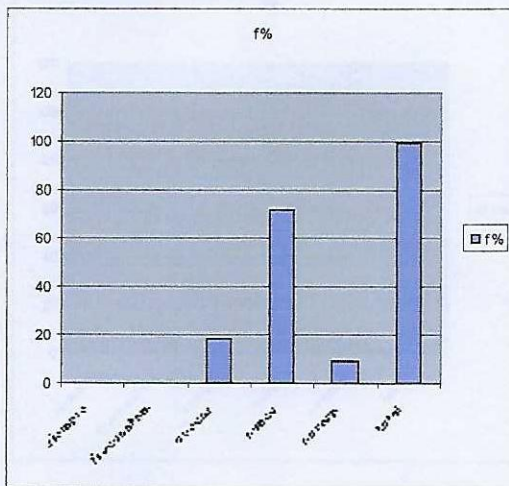
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	2	0.18	18	2
Nunca	8	0.72	72	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

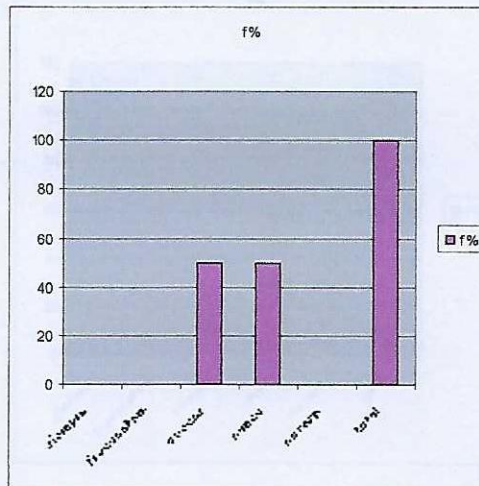
	f	fr	f%	F
Siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	6	0.50	50	6
Nunca	6	0.50	50	12
no resp.	0	0.00	0	12
Total	12	1.00	100	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRFICO N° 24a UTI P**



**GRAFICO N° 24b UTI A**



**Análisis:** Se observa que UTI P el 72 % nunca se siente responsable por la muerte de un paciente, 18% a veces, 9% no responde, en UTI AS 50% a veces y el 50% nunca.

**TABLA N° 25:** Distribución por estado de inquietud o nerviosismo.

**UTI PEDIATRICA**

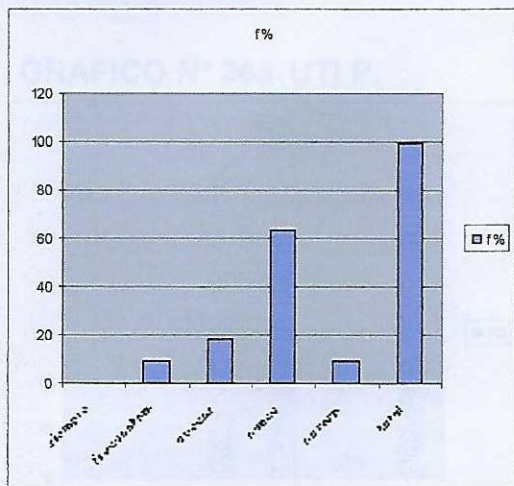
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	1	0.09	9	1
a veces	2	0.18	18	3
Nunca	7	0.63	63	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

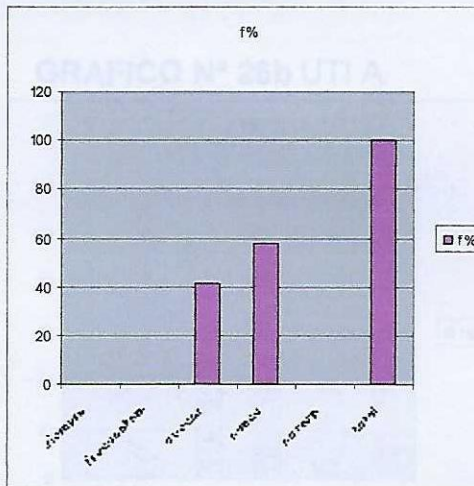
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	5	0.41	41	5
nunca	7	0.58	58	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	1.00	100	

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 25a: UTI P**



**GRAFICO N° 25b UTI A.**



**Análisis:** Se observa que en el servicio de UTI P el 63% nunca se siente inquieta ni nerviosa, 18% a veces, 9% frecuentemente, 9% no responde, en UTI A 58% nunca y el 41% a veces.

**TABLA N° 26:** Distribución por dificultad para concentrarse.

**UTI PEDIATRICA**

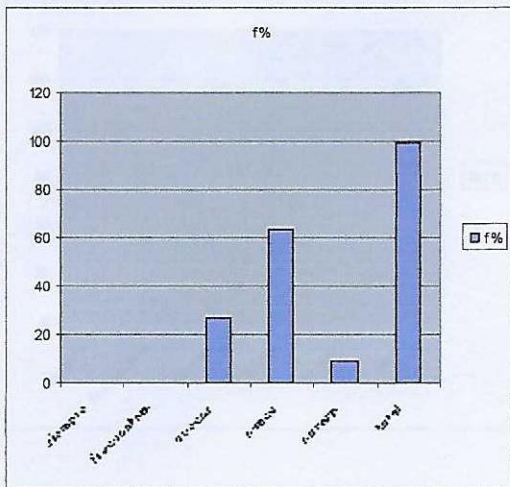
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	3	0.27	27	3
Nunca	7	0.63	63	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

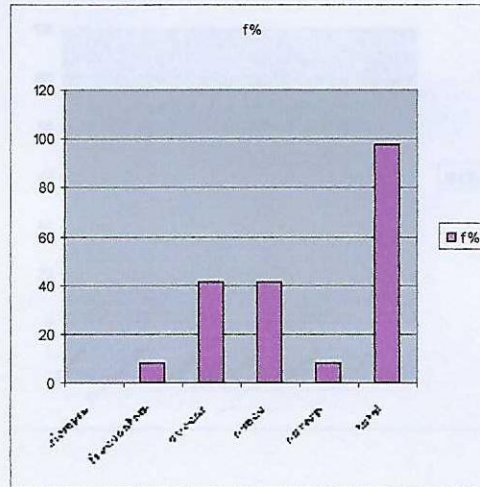
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	1	0.08	8	1
a veces	5	0.41	41	6
nunca	5	0.41	41	11
no resp.	1	0.08	8	12
total	12	0.98	98	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 26a UTI P.**



**GRAFICO N° 26b UTI A.**



**Análisis:** Se observa en UTI P que el 63% nunca le cuesta concentrarse, 27% a veces, 9% no responde, en UTI A 41% a veces, 41% nunca 8% frecuentemente y el 8% no responde.

**TABLA N° 27: Distribución por insensibilidad frente al trabajo.**

**UTI PEDIATRICA**

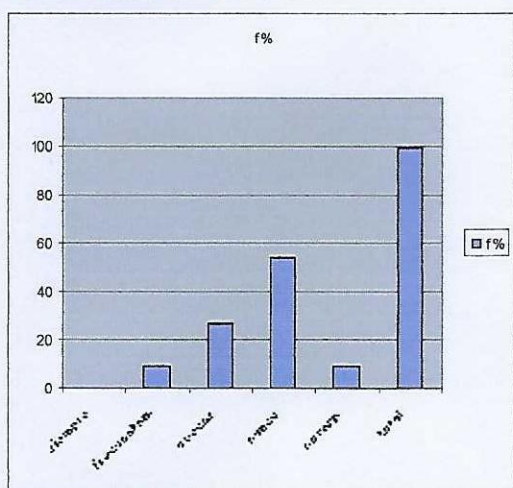
	f	fr	F%	F
siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	1	0.09	9	1
a veces	3	0.27	27	4
Nunca	6	0.54	54	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

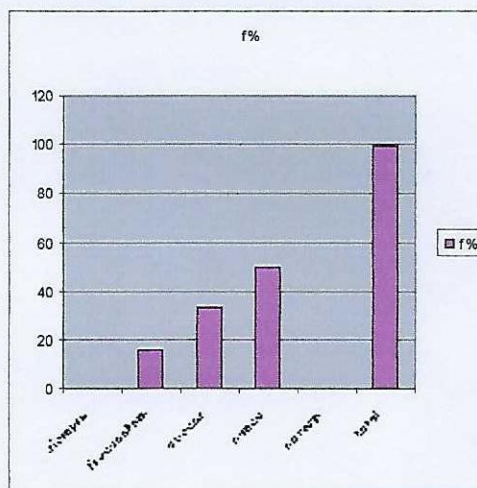
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	2	0.16	16	2
a veces	4	0.33	33	6
nunca	6	0.50	50	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 27a UTI P**



**GRAFICO N° 27b UTI A**



**Análisis:** Se observa en el servicio de UTI P que el 54% nunca considera que es mas sensible desde que realiza el trabajo de enfermería, 27% a veces 9 % frecuentemente, 9% no responde, en UTI A el 50% nunca, 33% a veces, y el 16% frecuentemente.

**TABLA N° 28:** Distribución por calidad de tiempo brindada a la familia.

**UTI PEDIATRICA**

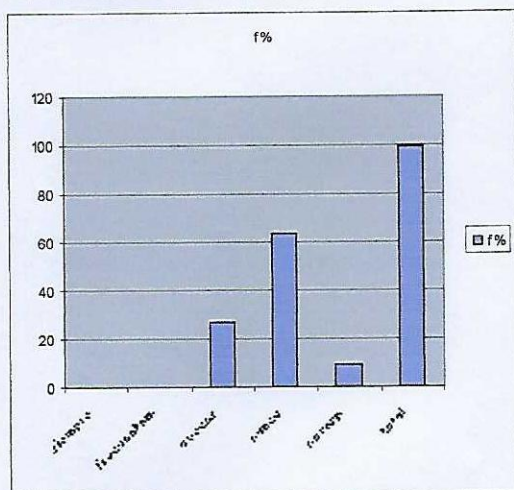
	f	fr	f%	F
siempre	0	0.00	0	0
frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	3	0.27	27	3
Nunca	7	0.63	63	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

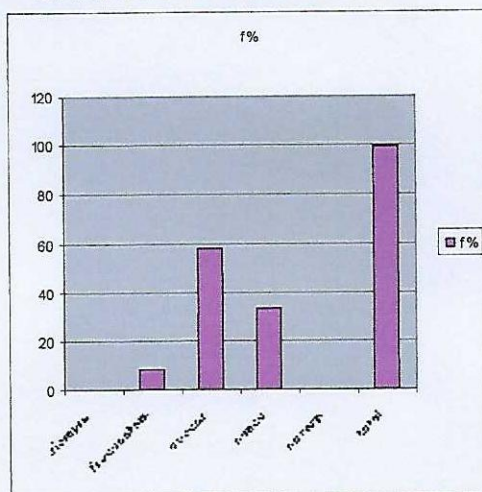
	f	fr	f%	F
Siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	1	0.08	8	1
a veces	7	0.58	58	8
Nunca	4	0.33	33	12
no resp.	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 28a UTI. P.**



**GRAFICO N° 28b UTI. A.**



**Análisis:** Se observa en el servicio de UTI P que el 63% nunca siente que el tiempo que pasa con la familia es de mala calidad, 27% a veces, 9% no responde, mientras que en UTI A 58% a veces, 33% nunca y el 8% frecuentemente.

**TABLA N° 29:** Distribución por comunicación en el ámbito familiar.

**UTI PEDIATRICA**

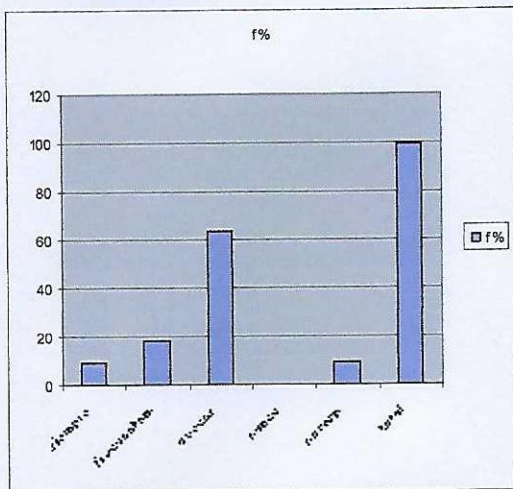
	f	fr	f%	F
siempre	1	0.09	9	1
frecuentem	2	0.18	18	3
a veces	7	0.63	63	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

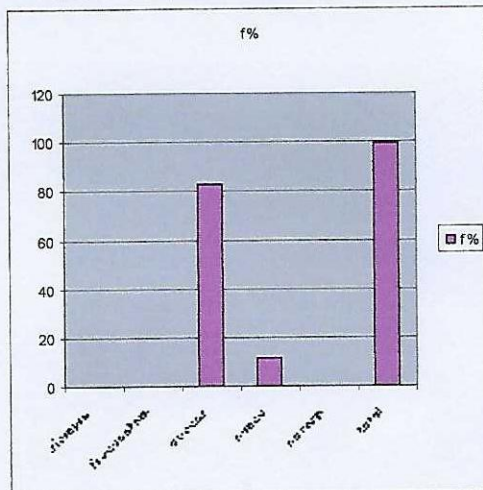
	f	fr	f%	F
Siempre	0	0.00	0	0
Frecuentem	0	0.00	0	0
a veces	10	0.83	83	10
Nunca	2	0.16	12	12
no resp.	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 29a UTI P.**



**GRAFICO N° 29b UTI A.**



Análisis: Se observa en el servicio de UTI P que el 63% a veces habla con su familia en el caso de la muerte de un paciente, 18% frecuentemente, 9% siempre, 9% no responde, en UTI A el 83% a veces y el 16% nunca.



**TABLA N° 30:** Distribución por apoyo que recibe de la familia.

**UTI PEDIATRICA**

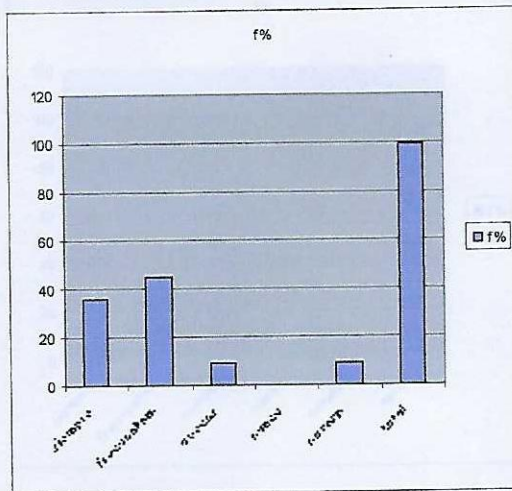
	f	fr	F%	F
siempre	4	0.36	36	4
frecuentem	5	0.45	45	9
a veces	1	0.09	9	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

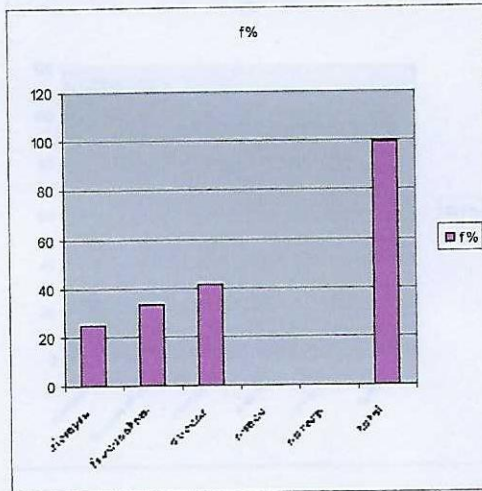
	f	fr	f%	F
siempre	3	0.25	25	3
frecuentem	4	0.33	33	7
a veces	5	0.41	41	12
nunca	0	0.00	0	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 30a UTI P.**



**GRAFICO N° 30b UTI A.**



**Análisis:** Observamos en el servicio de UTI P que el 45% frecuentemente se siente escuchado y apoyado por su familia, 36% siempre, 9% a veces, 9% no responde, en UTI A 41% a veces, 33% frecuentemente, y el 25% siempre.

**TABLA N° 31:** Distribución por lo que espera la familia.

**UTI PEDIATRICA**

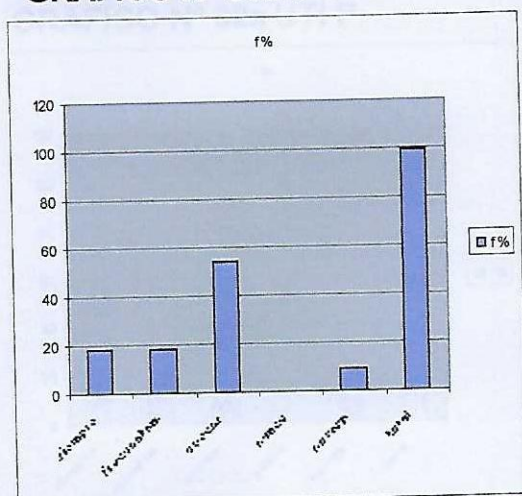
	f	fr	F%	F
siempre	2	0.18	18	2
frecuentem	2	0.18	18	4
a veces	6	0.54	54	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

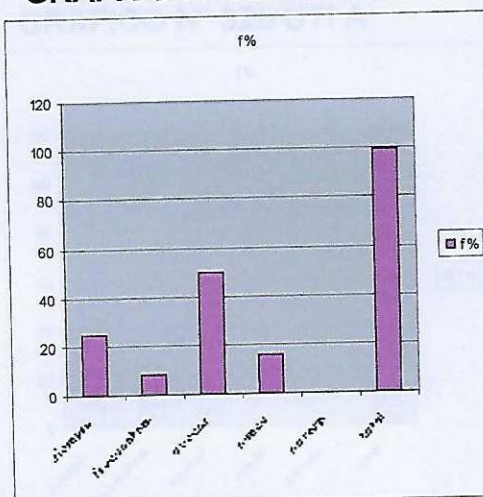
	f	fr	f%	F
siempre	3	0.25	25	3
frecuentem	1	0.08	8	4
a veces	6	0.50	50	10
nunca	2	0.16	16	12
no resp.	0	0.00	0	12
total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 31a UTI P.**



**GRAFICO N° 31b UTI A.**



**Análisis:** Observamos en el servicio de UTI P que el 54% a veces cree que su familia espera mas de ella, 18% frecuentemente, 18% siempre, un 9% no responde, mientras que en UTI A 50% a veces, 25% siempre, 16% nunca y el 8% frecuentemente.

**TABLA N° 32:** Distribución por como comparte el tiempo libre.

**UTI PEDIATRICA**

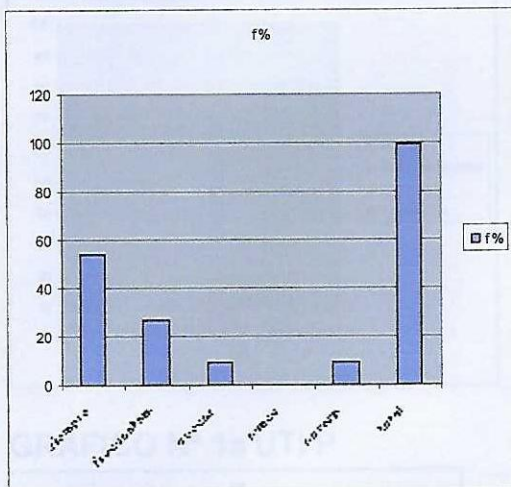
	f	fr	F%	F
siempre	6	0.54	54	6
frecuentem	3	0.27	27	9
a veces	1	0.09	9	10
Nunca	0	0.00	0	10
no resp.	1	0.09	9	11
Total	11	0.99	99	

**UTI ADULTOS**

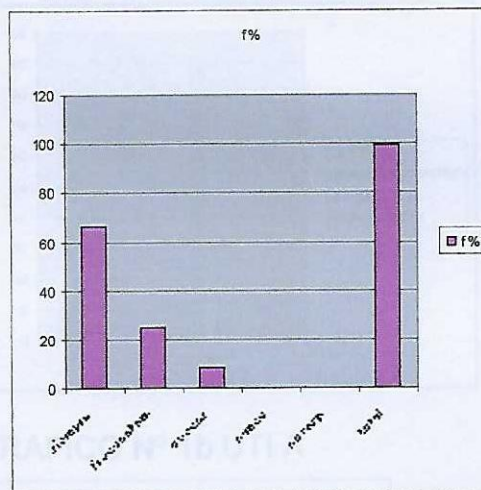
	f	fr	f%	F
Siempre	8	0.66	66	8
Frecuentem	3	0.25	25	11
a veces	1	0.08	8	12
Nunca	0	0.00	0	12
no resp.	0	0.00	0	12
Total	12	0.99	99	

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

**GRAFICO N° 32a UTI P.**



**GRAFICO N° 32b UTI A.**



**Análisis:** Observamos en el servicio de UTI P que el 54% siempre comparte su tiempo libre en armonía con la familia, 27 % frecuentemente, el 9 % a veces, 9 % no responde, en UTI A el 66% siempre, 25% frecuentemente, y el 9% a veces.

**COMENTARIO:** Se observa en el servicio de UTI P que el 91% de las personas encuestadas se sienten afectadas por la muerte de un niño, y el 9% por enfermedad. Mientras que en UTI A, 66% manifiestan sentirse afectado por la muerte de un adolescente, 24% por niño y un 11% por adulto.

**TABLA Nº 33:** Distribución de cómo afecta la muerte según la edad.

**UTI PEDATRICA**

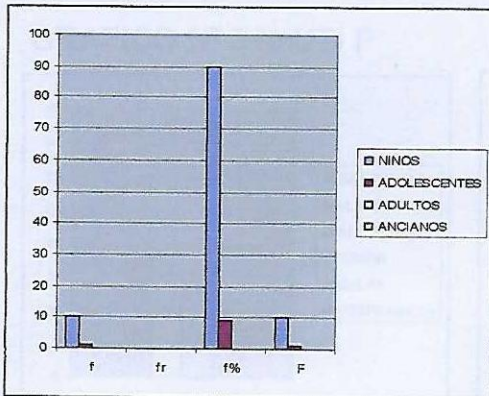
	f	fr	F%
NINOS	10	0.90	90
ADOLESCENTES	1	0.09	9
ADULTOS	0	0.00	0
ANCIANOS	0	0.00	0

**UTI ADULTOS**

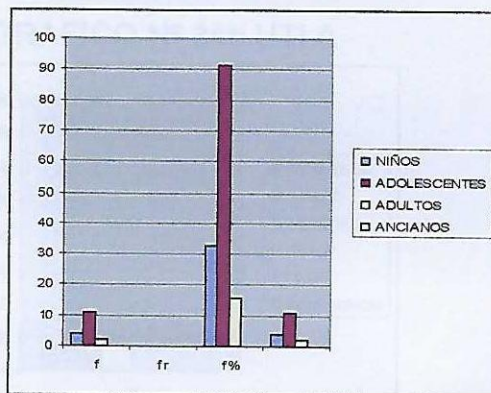
	f	fr	f%
NIÑOS	4	0.33	33
ADOLESCENTES	11	0.91	91
ADULTOS	2	0.16	16
ANCIANOS	0	0.00	0

**Fuente:** Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

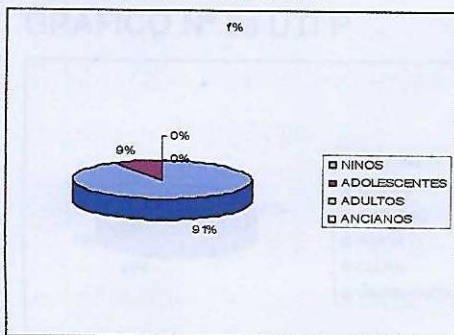
**GRAFICO Nº 33a UTI P**



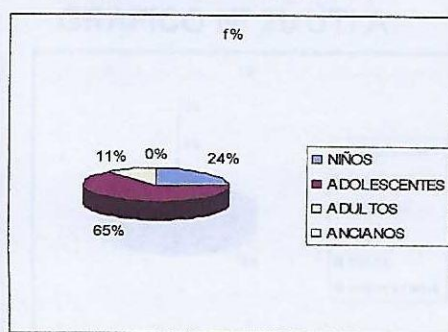
**GRAFICO Nº 33b UTI A**



**GRAFICO Nº 1a UTI P**



**GRAFICO Nº 1b UTI A**



**COMENTARIO:** Se observa en el servicio de UTI P. que el 91% de las personas encuestadas se sienten afectadas por la muerte de un niño, y el 9% por adolescente.

Mientras que en UTI A. 65% manifiestan sentirse afectado por la muerte de adolescente, 24% por niños y un 11% por adu

**TABLA N° 34:** Distribución según reacciones adversas frente a la muerte.

**UTI PEDIATRICA**

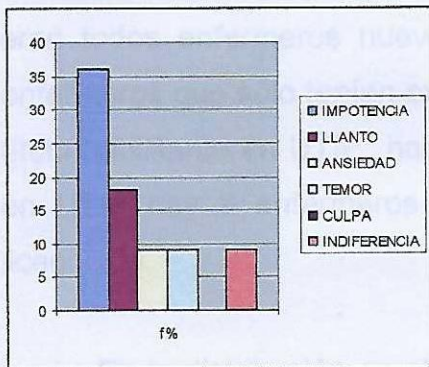
	f	Fr	f%
IMPOTENCIA	4	0.36	36
LLANTO	2	0.18	18
ANSIEDAD	1	0.09	9
TEMOR	1	0.09	9
CULPA	0	0.00	0
INDIFERENCIA	1	0.09	9

**UTI ADULTOS**

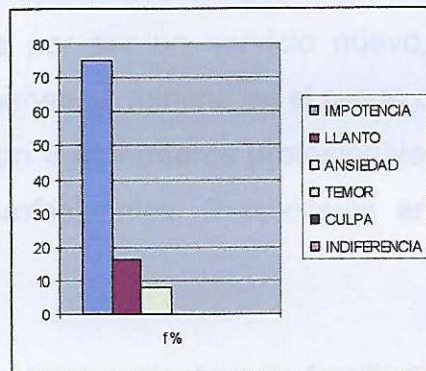
	f	Fr	f%
IMPOTENCIA	9	0.75	75
LLANTO	2	0.16	16
ANSIEDAD	1	0.08	8
TEMOR	0	0.00	0
CULPA	0	0.00	0
INDIFERENCIA	0	0.00	0

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

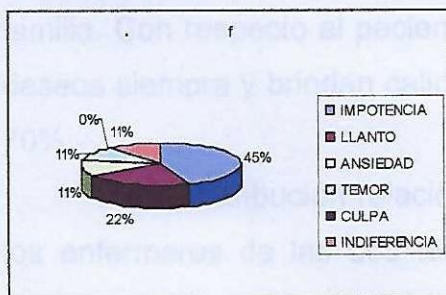
**GRAFICO N° 34a UTI P**



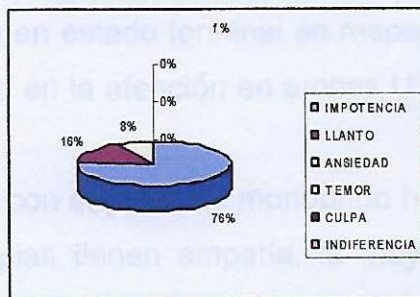
**GRAFICO N° 34b UTI A**



**GRAFICO N° 2a UTI P**



**GRAFICO N° 2b UTI A**



**COMENTARIO:** Se observa en cuanto a las reacciones adversas del personal de enfermería frente a la muerte en UTIP un 45% responde con impotencia, 22% con llanto, 11% con ansiedad, 11% indiferencia, 11% temor, 0% con culpa. En UTI A el 75% manifiesta impotencia, 16% llanto, 8% ansiedad, 0% temor, 0% culpa, 0% indiferencia.

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS Y PROPUESTAS**

### **RESULTADOS**

La muestra estuvo conformada mayoritariamente por enfermeras del sexo femenino el 99%. La media en edades en UTIP fue entre 20 y 30 años, en UTIA entre 41 y 50 años. En cuanto a la antigüedad en el servicio en UTIP eran todos enfermeros nuevos por ser un servicio nuevo, en UTIA hay 5 enfermeros que sólo tenían experiencia mínima en el rango de 5 a 10 años. El título habilitante en UTIP habían 8 enfermeros profesionales y 2 licenciados, en UTIA hay 9 enfermeros profesionales, 2 auxiliares en enfermería y 1 licenciado.

En la distribución en el trato al paciente y su familia existió en UTIP el 90% y en UTIA el 75% de los enfermeros nunca tratan mal al paciente y a su familia. Con respecto al paciente en estado terminal se respetaron los últimos deseos siempre y brindan calidad en la atención en ambas UTI en un total del 70%.-

En la distribución relación con el paciente moribundo hubo un 100% de los enfermeros de las dos terapias tienen empatía, la mayoría a veces se sintieron reconocidos en el lugar de trabajo, pero se considera que la labor que efectúan es en UTIP 63% y UTIA 91% es siempre importante; hubo cumplimiento en el abordaje y resolución de problemas y existió una mínima tardanza en la llegada a tomar la guardia.-

Se observó que cuando sucedió la pérdida de un paciente en UTIP el 54% frecuentemente lo hablaban con sus compañeros después de lo sucedido, y en UTIA a veces. Los conflictos y tensiones en UTIP el 54% y en UTIA el 66% a veces lo manifestaban.-

En cuanto a la responsabilidad frente a la muerte los enfermeros de UTIP con el 72% y los de UTIA el 50% nunca se sentían responsables. El 50% del personal de ambas UTI consideraban que no fueron más insensibles desde que realizan éste trabajo.

Se observó que hubo comunicación en el ámbito familiar, en el personal de UTIP lo hablan en su seno familiar cada vez que hay una pérdida de un paciente, y UTIA a veces lo comentan en su hogar. El personal de ambas UTI se sienten apoyados por sus familiares y aprovechan al máximo el tiempo libre en recreación.

Se observó una diferencia ya que en UTIP se trabaja especialmente con niños y pre -adolescentes y por lo consiguiente afecta más la muerte de un niño, y en UTIA se trabaja con una amplia variedad de edades y afecta más la muerte de un adolescente.-

Cabe destacar que las reacciones adversas son similares en el personal de ambas UTI en primer lugar está la impotencia, luego el llanto y la ansiedad y en UTIP además se encuentran la indiferencia y el temor en el 9%

No se han encontrado trabajos efectuados con anterioridad que tengan relación con nuestro tema de estudio. Se han observado reacciones similares como la empatía, la impotencia, el llanto y la ansiedad; y otras que se observaron en UTIP como la indiferencia y el temor, esto se debe a la diferencia de edades ya que son enfermeros más jóvenes, es un servicio nuevo, recién inaugurado y con poca o nada de experiencia ante la muerte.

Las críticas se manifiestan más en UTIA y esto influye por llevar más tiempo en el servicio. En cuanto a las tensiones y conflictos se incrementan más en UTIP se debe a la falta de conocimiento de las reacciones del compañero, el tiempo que llevan trabajando que es muy poco y el estrés que provocan las situaciones límites a las que todavía falta acostumbrarse.-

La muerte afecta indistintamente, en UTIP son los niños, el motivo es que se trabaja exclusivamente con ellos, estos son más frágiles y vulnerables, considerados ante la sociedad por ser niños, y hay un alto porcentaje de estos pacientes que sobreviven a ciertas enfermedades y se van con alta hospitalaria, los que mueren son los niños que nacieron con alguna enfermedad congénita o por algún evento no esperable...En cuanto a UTIA, trabajan con variedades de edades se diría que es como un abanico porque las edades estarían comprendidas desde la adolescencia hasta el adulto mayor. A ellos les afecta más la muerte de un adolescente por ser joven y tener la vida por delante para disfrutarla como se lo merece.-

## **Herramientas que se puedan implementar para enfrentar a la muerte**

¿Cómo cuidamos nuestra salud mental?

Una de las estrategias más eficaz según Freud, es el amor, aquel que nos vincula afectivamente con el otro; un hijo, un hermano, un amigo o un compañero de trabajo. Hay que trabajar en los lazos, en lo que nos une al otro y nos vincula. Tratar de avanzar cada día en la relación con los otros en el cara a cara, para hacer más placentero nuestro diario existir.-

Esto se logra de la siguiente manera:

Hablando de los miedos, escuchando, jugando, compartiendo, pidiendo ayuda, ayudando a otros, practicando deportes, comiendo sano, participando de algunas recreaciones como pintura, baile, coro....Actividades como:

- Implicarse en actividades externas al trabajo
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares.
- Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales.
- Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación
- No saltar períodos de vacaciones.



- Desarrollar actividad física
- Implementar grupos de reflexión en los lugares de trabajo.

## PROPUESTAS

Las enfermeras no están suficientemente preparadas como para aceptar la muerte de un paciente, el papel que tienen que desempeñar en relación con ésta, examinar sus propios sentimientos y comprender mejor las reacciones de los demás sobre la misma.

Las reacciones de enfermería ante la muerte, se manifiestan de manera muy particular ya que son muy similares en las enfermeras de UTI adulto y de UTI pediátrica, cabe destacar que en primer lugar está la impotencia, luego el llanto y la ansiedad, son emociones expresadas ante la pérdida de un paciente.-Estos sentimientos se exteriorizan en la comunicación en el ámbito familiar en momentos de angustia, por lo que aprovechan al máximo el apoyo que le brindan los suyos sean en armonía y en recreación. La labor diaria que efectúan la consideran importante, por lo que hay desempeño en el abordaje y resolución de problema y, en el cumplimiento con los horarios de trabajo existe una mínima tardanza.

Tal vez sea necesario comenzar por aceptar nuestros propios límites y admitir que los seres que nosotros cuidamos son mortales. Llega el momento en que no podemos impedirles morir y sufrir por tener que abandonar una vida que aman y así como a sus seres queridos.

Ante el paciente moribundo, en ambas UTI se comparte el sentimiento de empatía, respetan en lo posible sus últimos deseos y brindan la mejor calidad de atención y manifiestan no sentirse responsables frente a la muerte de un paciente.

Sin embargo, si al personal de enfermería se lo valorara por su gran aporte de comprensión con el enfermo, mayor sería el crecimiento interior

personal, así como efectivo para lograr un buen manejo del sufrimiento del moribundo.

¿Estamos resguardados suficientemente desde el punto de vista emocional e institucional como para que las situaciones conflictivas por las que atravesamos en nuestra profesión y no queden huellas en nuestra vida personal?

¿La solución? ¿Qué hacer ante un enfermo moribundo? aquí empieza el trabajo de acompañar con nuestra presencia abierta y calmada, nuestra disponibilidad y atención sin buscar que los pacientes salgan del camino sin vuelta atrás que han iniciado, sino que tenemos que acompañarlos en esta despedida con respeto, ternura y comprensión.

Invitamos a nuestros compañeros profesionales de la salud a usar el tacto, con el enfermo moribundo y a no tener miedo. Cuando no se pueda hacer más, cuando ya no hay nada más que hacer, empieza el trabajo de comprender y saber estar con nuestra presencia, aunque hay temas indeseables pero también hay formas deseables de tratar a tales temas.

¿Cómo? tratando al paciente como persona, respetando sus necesidades, permitiendo expresar sus sentimientos, deseos personales, contribuyendo en la asistencia religiosa, en la visita de un ser querido, ofreciéndole contención emocional, escuchando, calidad en la atención hasta el último momento para llegar a lograr una muerte digna.

Nosotros como trabajadores de la salud debemos establecer profundos cambios en la educación, en lo posible tener una vida plena y ser capaz de liberar nuestras emociones, expresarlas facilitando la comunicación, la autoestima para lograr ser escuchadas por nuestras colegas, familiares, amigos y especialistas en caso de que lo necesitemos..Una intervención eficaz contribuirá en la salud mental de la enfermera y sus posibilidades ulteriores de enfrentarse con situaciones problemas.

Queda una pregunta a modo de reflexión personal ¿Cómo permanecer al lado de un moribundo, sensible al sufrimiento del otro, sin perderse en ése sufrimiento? Dicen los libros que esto se consigue con la justa distancia pero ¿Cómo se establecen los límites de la justa distancia?

Intentar abordar el tema no es tarea sencilla, pero estamos absolutamente convencidas que hay que preocuparse y ocuparse, hablarlo y no silenciarlo porque será el único camino para encontrar nuestras propias respuestas.

Por este motivo, proponemos un programa de educación en servicio dirigido a las enfermeras de ambas UTI del Hospital T. Schestakow porque es necesario hablar de nuestra propia salud mental. La planificación de la clase de educación constará de 2 encuentros quincenales a desarrollar durante 2 meses, cuyos objetivos serán interpretar el propio modo de comportamiento en el proceso de las relaciones interpersonales para crear estrategias de protección emocional y mejorar la calidad de vida. Se efectuaran actividades relacionadas al tema con distintas técnicas dinámicas a través de un cronograma diagramado para cada encuentro con evaluación de proceso y de resultado.

Otra propuesta es implementar en los servicios de UTI la intervención del equipo de psicología para que asista periódicamente a las enfermeras a través de encuentros estipulados anualmente.

¿Partiendo de la concepción de que los trabajadores de la salud están para asistir y no para ser asistidos? ¿Para cuidar y no para ser cuidados? ¿O quizás pensar en la invulnerabilidad de los enfermeros que no son considerados como personas?

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES EN GRUPO DE REFLEXIÓN

- Capacidad de emprender acciones para prevenir nuevos problemas de

### FUNDAMENTACIÓN

- Adecuación de los recursos disponibles para el manejo de los agerios

Considerando que en los servicios de UTI del hospital T. Schestakow, no se cuenta con un grupo de reflexión en el lugar de trabajo; vemos la necesidad de implementarlo a través del programa de educación en servicio para preparar al personal nuevo, solucionar situaciones problemas y mejorar las relaciones interpersonales.

## CONTENIDOS

Las presentes actividades desarrolladas y aplicadas eficientemente, están orientadas al estímulo de intercambio de ideas y a la suma de acciones tendientes a elevar la autoestima en forma participativa e integradora del equipo de salud.

Considerando que las enfermeras necesitan ser comprendidas como personas que poseen sentimientos, requieren ser cuidadas emocionalmente y que implica lograr una mejor calidad de atención al paciente y elevar la conciencia del autocuidado en el equipo de trabajo, se concluye que el presente trabajo tiene como finalidad fundamental el respeto por los demás.

### OBJETIVOS GENERALES

- Comunicación y resolución de problemas.

- Identificar e intervenir en la atención de las necesidades emocionales a través de la planificación del cuidado del enfermero.
- Interpretar el propio modo de comportamiento en el proceso de las relaciones interpersonales para crear estrategias de protección emocional.-

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacidad de emprender acciones para prevenir nuevos problemas de salud.
- Adecuación de los recursos disponibles para el manejo de los agentes estresantes.
- Estimular la productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas.
- Mejorar la calidad de vida.

## CONTENIDOS

### Contenidos conceptuales.

- Reacciones ante la muerte
- Los derechos humanos.

### Contenidos actitudinales

- Respeto por los demás.
- Revalorizar las relaciones personales y familiares.
- Confianza en las posibilidades de comprender y resolver problemas.

### Contenidos procedimentales

- Comunicación y resolución de problemas.
- Dramatización y expresión de sentimientos.

## TIEMPO

2 horas quincenales, durante 2 meses.

## CRONOGRAMA

### ESQUEMA CONCEPTUAL



## ACTIVIDADES

### RECURSOS MATERIALES

- 1- Torbellino de ideas
- 2- Taller de yoga
- 3- Charla y debate con profesionales de la salud (psiquiatras y psicólogos)
- 4- Reflexión individual de experiencias propias sobre nuestra conducta ante la muerte de un paciente.
- 5- Puesta en común.
- 6- Dramatización- taller de expresión corporal.
- 7- Conclusión final.

## TIEMPO

2 horas quincenales, durante 2 meses.

## **CRONOGRAMA**

1º encuentro: Presentación del proyecto

Torbellino de ideas

Taller de yoga

2º encuentro: Charla y debate grupal con profesionales de la salud

Reflexión individual

3º encuentro: Puesta en común

Dramatización

4º encuentro: Conclusión final.-

## **RECURSOS HUMANOS**

Equipo interdisciplinario

## **RECURSOS MATERIALES**

Espacio Físico. Fibrones. Afiches. Papel.

## **EVALUACIÓN**

Compromiso, observación directa, disponibilidad y participación directa de los compañeros. Grilla de evaluación.

11) Revista Crecer, "El proceso de morir", Manejo del enfermo terminal, Autor Renato Hevia, Artículo publicado en revista Crecer, Diciembre 1992.-

12) María Galves, "La UCI, y el amor tecnológico", UCI del Hospital regional Carlos Haya, Málaga, España, 2009, Fundación Index.-

13) Silvia Angiola, Estudios de bioética regional, "Los derechos del enfermo", sede académica hospital Ramos Mejía, Editorial Tecnia 1989, pág. 151- 154.

## BIBLIOGRAFÍA

1) Eva Tizón "Educación familiar en la enfermedad terminal" Ferrol, España. Revista El ser enfermero. Año 1 Nº 1 Diciembre- febrero 2007, página 26- 29.

2) Cathleen Fanslow, "Esperanza" Ofrecer bienestar y apoyo a los pacientes terminales. , Bunjes, RN, MA. Clinical specialist, oncology/ thanatology. Murrieta, Calif.-Revista Nursing octubre 1997, pág. 28- 31

3) Cynthia A. Parkman, "Últimas voluntades" Respetar los últimos deseos de su paciente. Hospital Educador, Process Redesign Mercy Healthcare, Sacramento, California. Revista Nursing octubre 1997 página 14- 19.-

4) Silvia Wingord y María Rosa Defilippi, Bases conceptuales de enfermería "Aspectos psicosociales" Universidad de Córdoba. Facultad de ciencias médicas. Escuela de enfermería. Córdoba 2005.-

5) Marilyn Smith, "El duelo y la pérdida" California. State University Of. Phoenix Ontario, Calif. Revista Nursing, agosto, setiembre 1998, Pág., 21 – 22.-

6) Solórzano Sánchez, Mario. "Los cuidados de enfermería en los cuidados paliativos". Salud y Cuidados. Hospital Donostia, España ( en línea) Nº 2 (2002) Consulta 18/11/08.-

7) Vivante, A, "Reflexiones Críticas sobre la conceptualización de la muerte desde el punto de vista antropológico", en J. A. Minetti "La muerte en medicina". Editorial Quirón, La Plata, 1978, Pág. 109- 120.-

8) Jordán, J. y otros, "La muerte y el morir en el contexto de la relación médico paciente", editorial Medi , 1980. Pág., 16- 23.-

9) Barragán, H., "La medicina y la sociedad frente a la muerte", en J. A. Mainetti "La muerte y la medicina". Editorial Quirón, La Plata, 1978, pág. 137- 154.-

10) Revista Volver, sección artículos. Autor Enric Benito "La muerte", Documento tomado de Marchand L. Fast and concepts = 118. Near death awareness. August 2004. End Of. life Physician Education.



11) Revista Creces, "El proceso de morir", Manejo del enfermo terminal. Autor Renato Hevia, Artículo publicado en revista Creces. Diciembre 1992.-

12) María Galvez, "La UCI. y el amor tecnológico", UCI del Hospital regional Carlos Haya, Málaga, España. 2009. Fundación Index.-

13) Silvia Angiola, Estudios de bioética racional, "Los derechos del enfermo", sede académica hospital Ramos Mejía, Editorial Tecnos 1989, pág. 151- 154.

## ANEXOS

### ENCUESTA

#### Reacciones del personal de enfermería frente a la muerte.

Los datos obtenidos serán usados sólo con fines de estudio por alumnos de la U.N.C.

Servicio encuestado..... Institución.....  
Masculino..... Femenino.....

Edad:  
Menos de 30 años.....  
De 31 a 40 años.....  
De 41 a 50 años.....  
Más de 50 años.....

Estado civil:  
Casado.....  
Soltero.....  
Otro.....

Antigüedad en la profesión:  
Menos de 5 años.....  
De 5 a 10 años.....  
De 10 a 20 años.....  
Más de 20 años.....

Antigüedad en el servicio:  
Menos de 5 años.....  
De 5 a 10 años.....  
De 10 a 20 años.....  
Más de 20 años.....

Título:  
Licenciada/o.....  
Enf. Profesional.....  
Auxiliar en enfermería.....

Función que desempeña:  
Enfermero.....  
Enf. Jefe.....  
Supervisor.....

¿Le suena esto familia?

La muerte de otro paciente..... Otra familia en crisis.....

¿Cómo hace frente a estas situaciones vivenciales e incómodas de dolor emocional y de las pérdidas?

Escuela de Enfermería  
Universidad Nacional de Cuyo  
Facultad de Ciencias Médicas

### ENCUESTA

#### Reacciones del personal de enfermería frente a la muerte.

Los datos obtenidos serán usados sólo con fines de estudio por alumnos de la U. N. C.

Servicio encuestado..... Institución.....  
Masc.....Fem.:.....

#### Edad:

Menos de 30 años:.....  
De 31 a 40 años:.....  
De 41 a 50 años:.....  
Más de 50 años:.....

#### Estado civil:

Casado:.....  
Soltero:.....  
Otros:.....

#### Antigüedad en la profesión:

Menos de 5 años:.....  
De 5 a 10 años:.....  
De 10 a 20 años:.....  
Más de 20 años:.....

#### Antigüedad en el servicio:

Menos de 5 años:.....  
De 5 a 10 años:.....  
De 10 a 20 años:.....  
Más de 20 años:.....

#### Título: :

Licenciado/a:.....  
Enf. Profesional:.....  
Auxiliar en enferm.:.....

#### Función que desempeña

Enfermero:.....  
Enf. Jefe:.....  
Supervisor:.....

¿Le suena esto familiar?

La muerte de otro paciente.... Otra familia en crisis...

¿Cómo hace frente a estas situaciones violentas e incesantes de dolor emocional y de las pérdidas?.

Responda sinceramente y siguiendo las consignas: Nunca, a veces, frecuente y siempre.-

<u>En relación al paciente y su familia</u>	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
Trata al paciente y familia como si fuesen objetos?				
Suele respetar deseos de pacientes en estado terminal, como asistencia religiosa, la visita de un familiar o vecino?				
Se permite expresar sus sentimientos frente a la familia o paciente?				
En el momento que se produce la pérdida ¿brinda contención a la familia?				
Ofrece calidad en la atención de un paciente terminal hasta el último momento?				
<u>En relación al trabajo</u>	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
Se siente valorado en su lugar de trabajo?				
Suele llegar tarde a su trabajo?				
Considera que su trabajo es importante?				
Cuál es su relación con las personas moribundas: Empatía o indiferencia?				
¿Tiene incapacidad persistente para hacer su trabajo, falta de confianza en sí misma, deja trabajos inconclusos?				

<u>En relación con sus colegas</u>	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
¿Critica constantemente a otras personas: colegas, superiores?				
¿Cuando sucede una pérdida(muerte) en su guardia ¿habla con sus colegas sobre lo sucedido?				
¿Existe conflicto y tensión en el equipo de trabajo?				
¿Sufre de explosiones incontrolables de cólera, emociones que no guardan relación con las circunstancias que la producen?				
¿Compite continuamente con sus colegas?				

En relación con lo personal	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
¿Llora mucho y durante mucho tiempo?				
¿Se siente responsable por la muerte de los pacientes?				
¿Está inquieta o nerviosa la mayor parte del tiempo?				
¿Pierde cosas, le cuesta concentrarse? ¿Considera que es más importante desde que realiza este trabajo?				

En relación con la familia propia	Nunca	A veces	Frecuente	Siempre
Siente que el tiempo que pasa con su familia no es de buena calidad?				
Cada vez que muere una persona lo habla en su ámbito familiar?				
Su familia lo escucha y brinda apoyo?				
Cree que su familia espera más de Ud?				
En su tiempo libre ¿Comparte con su familia en armonía?				

Marque con una cruz

1- La muerte cuando la afecta más? Cuando se trata de:

Niño:.....

Adolescente:.....

Adulto:.....

Anciano:.....

2- Frente a la muerte ¿Cómo reacciona Ud.?

Impotencia.....

Llanto.....

Ansiedad.....

Temor.....

Culpa.....

Indiferencia.....

\*¿Qué herramientas considera que se puedan implementar para ayudar a enfrentar la MUERTE y sus consecuencias?

.....

.....

.....

.....

.....

..... MUCHAS GRACIAS POR SU APOORTE.

**Tabla Matriz: Correspondiente a las variables sociodemográficas. Unidad de terapia intensiva de adulto y unidad de terapia intensiva pediátrica. Hospital Schestakow. San Rafael, Mendoza año 2009**

	UTIP	UTI	M	F	< de 30	31-40	41-50	> de 50	casado	soltero	otros	< de 5	5 a 10	de 10 a 20	> de 20
1	X			X	X					X		X			
2	X			X	X					X		X			
3	X			X		X				X		X			
4	X			X	X						X	X			
5	X			X	X						X	X			
6	X			X	X						X			X	
7	X			X			X		X					X	
8	X			X		X				X				X	
9	X			X			X		X						
10	X		X				X		X						X
11	S/D			X		S/D			S/D			S/D			
12		X		X	X					X		X		X	
13		X		X			X			X	X				
14		X		X		X				X	X	X			
15		X		X		X				X	X	X		X	
16		X		X			X			X					
17		X		X				X						X	
18		X		X		X			X	X					X
19		X		X			X		X						
20		X		X			X		X			X			
21		X		X						X					
22		X		X			X			X					X
23		X		X	X				X				X		
TOTAL	11	12	1	22	7	6	8	1	7	11	4	6	6	6	6

Antigüedad en el servicio				Titulo			Cargo que desempeña		
-5	5/10	10/20	+20	licenciado	enf. prof.	enfermero Aux.	enfermero	enfermero jefe	supervisor
X					X		X		
X					X		X		
X					X		X		
X					X		X		
X					X		X		
X					X		X		
X					X		X		
X					X		X		
X				X			X		
X				X				X	
S/D					S/D		S/D		
X					X		X		
X					X		X		
	X				X		X		
	X				X		X		
X					X		X		
	X					X	X		
	X				X		X		
		X			X			X	
	X				X		X		
X						X	X		
		X		X					X
X					X		X		
15	5	2	0	3	17	2	19	2	1

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009

## ASPECTOS A EVALUAR

Análisis	1				2					
	A	B	C	D	A	B	C	D	E	F
1	X				X					
2	X	X				X				
3	X							X		
4	X					X				
5	X				X					
6	X						X			
7	X				X					
8	X				X					
9	X									
10	X									X
11										
U.T.I.P.	10	1	0	0	4	2	1	1	0	1
12	X	X					X			
13		X			X					
14		X			X					
15	X	X								
16		X			X					
17					X					
18	X				X					
19		X			X	X				
20	X				X					
21	X	X					X			
22	X	X	X	X	X	X				
23		X			X					
U.T.I.P.	10	1	0	0	4	2	1	1	0	1
U.T.I.A.	5	10	1	1	9	2	2	0	0	0
TOTAL	15	11	1	1	13	4	3	1	0	1

Fuente: Datos recabados por las autoras en servicios de UTI de adultos y pediátrica, Hospital Schestackow, de noviembre del 2008 a julio del 2009







