

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS SAN CRISTÓBAL**

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

ALUMNA: CECILIA PÉREZ LÓPEZ

GRADO: 2° GRUPO: A

MATERIA: BIOÉTICA

MAESTRA: EDNA PAOLA GÓMEZ

ACTIVIDAD 3: ENSAYO SOBRE LA MUERTE DIGNA

**SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. A 09 DE
FEBRERO 2022**

INTRODUCCIÓN

En esta actividad aprenderemos el actuar del personal de enfermería en un proceso de muerte digna, ya que la muerte gira en torno a todas las culturas y organizaciones sociales humanas. Hay que saber respetar también las diferentes culturas y religiones en cada una de las personas, será algo complicado de entender, puesto que al final si nos quedaría más claro, ya que estudiaremos muchísimo y analizaremos cada uno de los puntos muy importantes sobre la muerte digna en los pacientes, como se va dando todo ese proceso, y que tanto nosotros como futuros enfermeros, debemos saber cómo actuar en ese etapa terminal de la vida de los pacientes, pues será una gran responsabilidad y labor tener que enfrentarnos en su momento, pero en el trascurso del desarrollo de esta actividad estudiaremos todo lo necesario para saber cómo manejar en concreto esa situación y no cometer errores para no tener que enfrentarnos a procesos legales. Aplicaremos el ser y saber hacer.

MUERTE DIGNA

Desde el comienzo de la vida, la muerte ha sido desagradable, y siempre ha buscado algo más allá. Nuestro inconsciente no reconoce un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, nos es inconcebible morir por una causa natural o vejez. La muerte de por sí va asociada a un acto aterrador, algo que exige pena y castigo. Nosotros como futuros enfermeros hacer frente a un paciente después de diagnosticar una enfermedad incurable siempre es difícil, la cuestión no es preguntarnos cómo deberíamos de decírselo sino cómo compartirlo ya que en ocasiones un tema sobre esta no es nada simple para los familiares de los pacientes. Es fundamental que haga comprender al paciente que no está todo perdido, que no va a desahuciarle por el hecho de ser moribundo pues es una batalla que van a librar juntos paciente familia y personal sanitario sea cual sea el resultado. A la pregunta de los pacientes de cuánto tiempo va a vivir se le puede contestar con que nadie lo sabe con exactitud puesto que de la forma contraria es una de las peores formas de tratar a la persona enferma. Un caso especial sería informar al jefe de familia de la brevedad de su futura vida, aunque en este caso también se le puede comentar que ponga en orden sus cosas mientras tenga tiempo y fuerza para hacerlo. Explicaré brevemente las fases del proceso terminal,

FASES DEL PROCESO TERMINAL:

- **Primera fase, Negación y aislamiento del paciente.**
La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, "no, yo no, no puede ser verdad ". Esta negación es común tanto en aquellos pacientes a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por si mismos. La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos

radicales. Cuando estén dispuestos a hablar se abrirán, y compartirán su soledad, unas veces con palabras, otras con pequeños gestos o comunicaciones no orales, será de la manera en los que los pacientes se sientan cómodos y con la confianza para expresarse, independientemente en la forma que sea.

- **Segunda fase, ira.**

Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento. Les surge la siguiente pregunta: "¿Por qué yo?". Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

- **Tercera fase, pacto.**

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio "a la buena conducta ", además fija un plazo de "vencimiento " impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

- **Cuarta fase, depresión.**

Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. Y si se les permite expresar su dolor en este tipo de depresión, encontrará mucho más fácil la aceptación final. En el dolor preparatorio no se necesitan palabras o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor

tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose en la cama en silencio.

- **Quinta fase, aceptación.**

Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz. Para el paciente, esta fase está desprovista de sentimientos y es la familia quien necesita más apoyo. El paciente lo único que necesita es la presencia de alguien a su lado, aunque no haya comunicación oral, simplemente el silencio, el contacto entre las manos pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido. Lo que si conocemos es que el pase por estas fases facilita la aceptación de la muerte como algo natural y hace de este proceso algo idóneo, para aceptar nuestro fin, así como ayuda a la recuperación del duelo en la familia. Durante todas estas fases el único sentimiento común que siempre persiste es la esperanza. Aún los enfermos más realistas, y los que aceptan de mejor manera su situación, mantienen una chispa de esperanza para su curación o para la aparición de un medicamento nuevo. Esta chispa de esperanza les sostiene durante días, semanas o incluso meses de sufrimiento. La reacción de la familia ante la enfermedad del paciente contribuirá en mucho a la respuesta de éste. Es muy importante para el enfermo y la familia, ver que la enfermedad no rompe totalmente un hogar, ni priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad placentera.

Recomendaciones sobre cómo actuar en la relación y los cuidados al paciente terminal pero previamente partimos de una idea fundamental y motivadora: "las actitudes y conductas del personal sanitario tienen consecuencias directas para el enfermo. Este principio de partida justifica la necesidad de que asimilemos correctamente estos criterios:

1. Asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de gran necesidad de apoyo humano.

2. Que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud (y especialmente los de Enfermería) la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante. Este "espíritu" de equipo incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.

3. Animarnos como Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que deseen hablar de sus miedos y temores. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.

4. No ser demasiado estrictos con las normas y protocolos de la institución donde trabajemos a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo. Así evitaremos la pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes, depresivos y de indefensión.

5. En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas, actitudes y también valorándolo con la familia. No se puede decir ni negar la verdad por sistema.

6. Agilizar si estuviera hospitalizado, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos.

7. No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.

8. Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración.

9. Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea.

10. Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades postmortem: cumplimentación de impresos, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.).

11. Trabajar con profesionalidad: si personalmente no deseamos plantearnos el tema, al menos como algo cotidiano en nuestro trabajo debemos aceptar que el fin de toda vida es la muerte. Esto, por supuesto, sin llegar a la frivolidad que se observa en muchos profesionales, que parecen estar tan acostumbrados que no personalizan la situación, comprendiendo el sufrimiento tanto del enfermo como de la familia.

12. Por último, contemplamos la asistencia a la familia en el duelo, intentando en la medida de lo posible evitar la aparición del duelo patológico.

CONCLUSIÓN

A lo largo de la elaboración de este proyecto, supe primeramente de que las personas temen morir o con el simple hecho de que están en una etapa terminal no es nada fácil, ni tanto para nosotros como personal de enfermería, ni tanto en los pacientes, aprendí a cómo debo de reaccionar ante esta situación en la que debo enfrentarme en algún momento en la vida, aprendí cómo debo actuar y que hacer en el proceso de la etapa terminal de los pacientes que se dé en su momento, entendiendo también por las etapas en las que deben pasar y entendí que no todas las personas cumplen el orden de las fases del proceso terminal. Ya que cada uno decide cómo actuar o tomar las cosas, y así es como se van adaptando o no a la orden de las fases. También me quedo claro que ante esta situación las personas involucran religiones o costumbres, y que hay que respetar esas decisiones pues es un derecho del paciente que no se le debe negar.

BIBLIOGRAFÍA

Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid, 1993

Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial integrado. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2002

Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 4ª. Pamplona: EUNSA; 2002

Eulalia López Inmedio. Enfermería en cuidados paliativos. Panamericana. Madrid 1998.

Shirley E. Otto. Enfermería Oncológica. Harcourt – Brace Mosby. Madrid. 2002

Martín Zurro A, Cano Pérez J. F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Doyma, 1994

Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2003.