

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo
del paciente con enfermedad terminal de los
estudiantes de IV ciclo de la especialidad de
Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San
Marcos. 2014**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería
Oncológica

AUTOR

Rosmery Hilario Quispe

ASESOR

Luz Pretell Haro

Lima - Perú

2016

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL
PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES
DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. 2014**

Esta tesis se la dedico a Dios quién, me da fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentan, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis queridos profesores por su apoyo, dedicación, y dirección que me ayudan día a día a forjar un futuro mejor

No puedo olvidar a mis colegas, compañeros y amigos con los cuales he compartido incontables horas de trabajo. Gracias por los buenos y malos momentos.

Me complace agradecer la acogida, el apoyo y la colaboración de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos-2014, por su participación en esta investigación

A mi Padre Fortunato Hilario Hilario, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias por apoyarme siempre. Ha sido un privilegio ser su hija.

Agradezco a las personas que han participado en este trabajo y a quienes quiero expresar mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado de forma desinteresada.

INDICE

	Pág.
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE GRAFICOS	vii
RESUMEN	ix
PRESENTACION	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Situación Problemática	2
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación	5
1.4 Objetivos	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Especificos	7
1.5 Propósito	7
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2 Base teórica	12
2.3 Definición Operacional de Términos	61
CAPITULO III. MATERIAL Y METODO	
3.1 Tipo y diseño de investigación	63
3.2 Lugar de estudio	63
3.3 Población de Estudio	64
3.4 Unidad de Análisis	64
3.5 Muestra y muestreo	64
3.6 Criterios de Selección	65
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.8 Plan de recolección, procedimiento y presentación de datos	68
3.9 Plan de análisis e interpretación de datos	70
3.10 Consideraciones Éticas	70
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1 Resultados	71
4.2 Discusión	83
CAPITULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	88
5.2 Limitaciones	91
5.3 Recomendaciones	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

TABLA N °	Pág.
1 Distribución según datos personales de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú 2014	72

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Conocimientos hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima Perú. 2014	73
2	Conocimientos en la dimensión cuidado paliativo de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú 2014	74
3	Conocimientos en la dimensión pacientes con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú 2014	75
4	Conocimientos en la dimensión control de síntomas de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014.	76
5	Conocimientos en comparación de dimensiones hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú 2014	77
6	Actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú 2014	78

GRAFICO N°		Pág.
7	Actitudes en la dimensión física de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú 2014	79
8	Actitudes en la dimensión psicoemocional de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014	80
9	Actitudes en la dimensión espiritual de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014	81
10	Comparación de dimensiones de actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente terminal de estudiantes de IV ciclo enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014	82

RESUMEN

El estudio: “Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la UNMSM. Lima-Perú 2014, tuvo como objetivos determinar conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la UNMSM -2014. Material y Método: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 121 estudiantes y la muestra fue 90 estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería. La técnica fue la encuesta, los instrumentos fueron: Cuestionario para conocimientos y la Escala de Lickert para medir actitudes, los cuales fueron aplicados previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (90) estudiantes, 27.8% (25) tienen un nivel alto, el 54.4% (49) un nivel medio y el 17.8% (16) un nivel bajo de conocimientos Respecto a las actitudes el 25.6% (23) tienen actitudes favorables, 53.3% (48) medianamente favorables, y el 21.1% (19) desfavorable hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal. Conclusiones. La mayoría de estudiantes tienen un nivel medio de conocimientos y actitud medianamente favorable.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos, Paciente con Enfermedad Terminal, Conocimiento en Enfermería, Actitud en Enfermería.

ABSTRACT

The study, "Knowledge and attitudes towards palliative care of patients with terminal disease cycle IV students of nursing specialty of San Marcos. Lima-Peru 2014, aimed to determine knowledge and attitudes towards palliative care of patients with terminal disease cycle IV students of nursing specialty of San Marcos -2014. Material and Method: The study is level application, type quantitative, descriptive and cross-sectional method. The population consisted of 121 students and the sample was 90 students IV cycle of nursing specialty. The technique was the survey, the instruments were: Questionnaire for knowledge and Likert scale to measure attitudes, which were applied prior informed consent. Results. 100% (90) students, 27.8% (25) have a high level, 54.4% (49) a medium level and 17.8% (16) a low level of knowledge regarding attitudes 25.6% (23) have favorable attitudes, 53.3% (48) fairly favorable, and 21.1% (19) unfavorable to the palliative care of patients with terminal illness. Conclusions. Most students have an average level of knowledge and fairly favorable attitude.

KEY WORDS: Palliative Care, Terminally ill Patient, Nursing Knowledge, Attitude In Nursing

PRESENTACION

El cáncer y otras enfermedades terminales se presentan día a día en todo el mundo es así que la tasa de mortalidad nos indica que del total de personas que fallecen anualmente, al menos un 60% lo hacen en fase avanzada de una enfermedad prolongada y, lamentablemente, sin una atención adecuada a su condición.

Este trabajo de investigación ofrece una perspectiva sobre la población intervenida acerca de sus conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal.

Para realizar servicios que atiendan con mejor calidad de vida, alivio de sufrimiento a los pacientes con enfermedad terminal y se brinde un cuidado paliativo óptimo y oportuno, la construcción de competencias y confianza entre los profesionales de post-gradó presentan un papel importante en la divulgación de información a otras generaciones, esta investigación muestra la realidad en la población investigada.

El cual consta de; Capítulo I: Introducción en el cual se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivo, propósito, antecedentes del estudio, base teórico y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Métodos que incluye el nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones y Recomendaciones, finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

Según la organización mundial de la salud: El cuidado paliativo es el cuidado activo e integral de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su máximo interés se concentra en el control del dolor y de otros síntomas, así como en los problemas psicológicos, sociales y espirituales. (1)

La situación mundial de la atención al final de la vida, es muy deficiente teniendo en cuenta la gran necesidad insatisfecha cuya proyección en pocos años es muy alta por cuenta del aumento en la longevidad y el envejecimiento de las poblaciones. (2)

En varios países se afronta problemas como: la falta de políticas que reconozcan la asistencia paliativa , la necesidad de cuidados de los pacientes terminales y de quienes padecen enfermedades degenerativas; la falta de recursos para establecer los servicios oportunos, y mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes, así como para garantizar acceso a medicamentos esenciales, especialmente analgésicos; la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios, los voluntarios de las comunidades y el público en general sobre los beneficios de los cuidados paliativos.

En Europa, está concentrada la mayor parte de los servicios de Cuidados Paliativos, sin embargo, hay variabilidad entre los países. Algunos, como Reino Unido se han destacado por su tradición en el tema, otros, como España, donde se estima que más de la mitad de las personas que fallecen cada año atraviesan una etapa avanzada y terminal se han propuesto ampliar las coberturas e incluir el Cuidado Paliativo como uno de los objetivos prioritarios en salud, es así que presenta un Área de Capacitación Específica de Enfermería en Cuidados Paliativos, coincidiendo con la homologación europea de los estudios universitarios. Mientras que la región de Cataluña es ahora centro piloto para el Cuidado Paliativo de la Organización Mundial de la Salud (2).

En Estados Unidos el dolor, disnea, anorexia, delirio y pérdida de autonomía están presentes en entre un 25 y un 90% de los pacientes, semanas antes de fallecer. Por lo tanto, se ha reportado una tendencia creciente en el número de instituciones para el cuidado Paliativo. (3)

En América Latina y el Caribe existen 95 instituciones registradas. Además de la Asociación Latinoamericana de Cuidado Paliativo con sede administrativa en Argentina, se destacan por su número Brasil con 19; Argentina con 14; Chile con 12 y México con 11 instituciones inscritas.

Según Atlas en un estudio de la Organización Panamericana de Salud: "Los servicios en cuidados Paliativos en nuestro país cuenta con solo 7 servicios en unidades de Cuidados Paliativos en hospitales de tercer nivel con facultad de hospitalización ubicados en: Hospital Nacional Guillermo Almenara (Lima), Hospital Militar Central (Lima), Hospital de la Policía Nacional (Lima), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) (Lima), Hospital Sabogal (Callao), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Dr. Luis Pinillos (IREN Norte-Trujillo) funciona en conjunto con la unidad de dolor,

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas /IREN Sur-Arequipa) refiere que en algunos servicios y/o unidades se cuenta con recursos adicionales y personal multidisciplinario con formación especializada. En servicios y/o unidades en hospitales de segundo Nivel tenemos: la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Regional de Trujillo EsSalud con facultad de hospitalización, este servicio cuenta con recursos adicionales no detallados. Servicios en el primer Nivel de atención: no existen residencias tipo hospicio, no hay equipos de atención domiciliaria que presten el servicio de cuidados paliativos de manera exclusiva, no existen servicios de cuidados paliativos en centros comunitarios. En equipos Multinivel se identificó: al Hospital de la Fuerza Aérea Peruana (FAP), Oncosalud -Totalcare (Lima), Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud (Lima), Hospital Naval (Callao); estos servicios además de atención hospitalaria ofrecen atención domiciliaria”. (4)

Así mismo en el Perú no existe programas de postgrado en Enfermería en cuidados Paliativos, en otros centros de pregrado están incluidos dentro del programa de geriatría siendo un curso de elección en el plan de estudio de algunas facultades. Es así que la coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer del Ministerio de Salud declaró en 2012 la necesidad de fomentar el desarrollo de los cuidados Paliativos a través del Plan Esperanza, asegurando la calidad de vida a los pacientes oncológicos, mediante tratamiento adecuado, rehabilitación y explícitamente Cuidados Paliativos. Haciendo énfasis al manejo adecuado del dolor y de otros síntomas en todas las fases de la enfermedad del paciente con cáncer y su familia, También exige incorporar centros especializados y da prioridad a la capacitación del personal de enfermería. Razón por el cual es de mi interés, indagar si la población de estudio conoce y actúa de manera oportuna ante el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal. Para lo cual formulo la siguiente pregunta de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes hacia cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Peru-2014?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los cuidados Paliativos en Perú, constituyen un área casi desconocida y poco comprendida por las autoridades de Salud y por la población en general que no sabe a quién dirigirse ante una situación de enfermedad irreversible e irrecuperable. La ausencia dentro de la Constitución Política del Perú del artículo correspondiente al final de la vida y el rol del Estado frente a los pacientes terminales, es el primer obstáculo con que nos encontramos, para desarrollar Cuidados Paliativos (5)

A pesar de ello debido la gran demandad y creciente interés del sistema sanitario y la población, ha desarrollado un rápido crecimiento de los programas y servicios en cuidados paliativos, siendo necesario actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden a pacientes con alguna enfermedad terminal. Es así que, debido a la falta de la formación específica, los profesionales que forman los equipos de cuidados paliativos en algunas ocasiones no disponen de la preparación suficiente para afrontar esa complejidad.

Ya que los cuidados paliativos requieren vocación de servicio, conocimientos científicos adecuados, ofreciendo al paciente con enfermedad avanzada y al final de la vida una atención de calidad y oportuna, ante sus dificultades, (aspectos físicos, emocionales, espirituales, etc.). Así como tomar decisiones respecto del cuerpo y la propia vida y respetando las convicciones y

valores que han guiado su existencia. Igualmente, favorecer que la familia tenga el apoyo psicoemocional y la atención adecuados ante su situación. (6)

En estos momentos la Enfermería en Cuidados Paliativos intenta que esta necesidad de formación y de acreditación de profesionales pueda ser llevada a cabo desde las áreas de capacitación específica. (7)

El presente estudio nos permite obtener datos de carácter real y científico a fin de diseñar estrategias que nos lleva a mejorar cómo interactuar, comunicar y conocer mejor a los pacientes; el crecimiento personal que experimentan, reflexionar sobre la muerte y promover la autoconciencia. Por todo ello, consideran que una asignatura de Cuidado Paliativo es fundamental en los estudios de Enfermería.

La necesidad de desarrollar estudios como este provee nuevas bases del conocimiento que ayudarán a entender cómo se visualiza el tema en la actualidad por la enfermera. Los datos de este estudio proveerán información para la educación dirigidos a suplir cuidados paliativos necesidades del paciente terminal en las instituciones hospitalarias.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar conocimientos y actitudes hacia cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Peru-2014.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar conocimientos hacia cuidado paliativo de los estudiantes de la especialidad de enfermería. En la dimensión Cuidado Paliativo.
- Identificar conocimientos hacia cuidado paliativo de los estudiantes de la especialidad de enfermería. En la dimensión Cuidado Paciente con enfermedad Terminal.
- Identificar actitudes hacia cuidado de los estudiantes de la especialidad de enfermería. En la dimensión física.
- Identificar actitudes hacia cuidado paliativo de los estudiantes de la especialidad de enfermería. En la dimensión psicoemocional.
- Identificar actitudes hacia cuidado paliativo de los estudiantes de la especialidad de enfermería En la dimensión espiritual.

1.5 PROPÓSITO

El propósito de esta investigación se realiza con la finalidad de motivar a los profesionales de enfermería a realizar trabajos de investigación sobre cuidados paliativos, adquiriendo conocimientos, desarrollando actitudes a beneficio del paciente con enfermedad terminal. Así como obtener resultados científicamente validos sobre el conocimiento y actitud que poseen los estudiantes de IV ciclo de la especialidad sobre cuidados paliativos en el paciente terminal con la finalidad de poder desarrollar programas de educación específicos sobre el tema y alentar a desarrollar protocolos en cuidados paliativos en el paciente terminal en universidades, instituciones hospitalarias tanto publicas y privadas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A Nivel Internacional:

Soto Rodríguez, Ana L. 2011. Puerto Rico. Realizó un estudio sobre: “Conocimiento del personal de enfermería donde el manejo del paciente en etapa terminal de muerte. En la Institución de Salud San Juan”. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que posee el profesional de enfermería sobre el manejo del paciente en etapa de muerte. Metodología: Descriptiva. El diseño fue exploratorio descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 20 enfermeros(as) que laboraban en la Institución de Salud San Juan. Técnica entrevista e instrumento cuestionario con 28 premisas. Conclusiones:

“El conocimiento promedio general que tiene el personal de enfermería sobre el tema del cuidado y manejo del paciente terminal fue de 74% lo que equivale a un conocimiento regular. El área de mayor conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo al cuidado del paciente moribundo es proveer comodidad y apoyo durante el proceso de muerte y controlar el dolor y administrar medicamentos para ello, ambas con un 100%. Mientras que el área de menos conocimiento fue desconocer cuál es la finalidad que tiene el uso de los cuidados paliativos al paciente en fase terminal con un 25%.” (8)

Ramón Colle Brund dirigido por el Dr. Limonero García Joaquín. 2005. España-Barcelona. Realizaron un estudio sobre: "Análisis de las Actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña". Objetivo: Analizar las actitudes ante el enfermo terminal y la muerte entre dos comunidades con idiosincrasia muy determinada, la catalana y andaluza. Metodología: Descriptivo y Diseño correlacional.

La Población fueron 444 estudiantes de Enfermería que procedían de tres escuelas universitarias, escuela Universitaria de Enfermería de Vic (Barcelona), Escuela Universitaria de Enfermería de Lleida y Escuela Universitaria Virgen de Macarena de Sevilla. La técnica fue la entrevista y Cuestionario, los instrumentos aplicados fueron: Registro de variable sociodemográficas, Escalas y Cuestionarios. Se llevó un estudio piloto en octubre de 2001 y luego se hizo un estudio comparativo en el 2002. Conclusiones:

"Los estudiantes de este estudio manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente, ni asistencialmente para cuidar a enfermos terminales, se sienten más preparados a cuidar a otro tipo de enfermos; solo el 7% de los estudiantes catalanes y el 4,7% de los andaluces, manifiestan sentirse muy preparados asistencialmente para cuidar enfermos terminales. De todas las preferencias profesionales que supuestamente podían escoger los alumnos al terminar los estudios, la opción más valorada es la de poder trabajar con enfermos pediátricos, siendo el trabajo con enfermos terminales de cáncer, sida, geriátricos y de raza gitana, las opciones menos deseadas. De poder elegir, los alumnos no trabajarían con enfermos al final de su vida. En este sentido, no existe un elevado deseo de hacer prácticas clínicas en un servicio de Cuidados Paliativos." (9)

Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Adell J, García F, Barquero A. 2011. Granada. Realizó un trabajo de investigación Titulado: "Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos" Objetivo: Reflexionar sobre la práctica enfermera en Cuidados Paliativos. Metodología: Estudio de corte cualitativo. El instrumento para la recogida de datos fue la técnica del grupo nominal (TGN), seleccionaron 10 enfermeras con más de 10 años de experiencia profesional en Cuidados Paliativos. Y se debatieron y analizaron un listado de temas de acuerdo a la investigación. Conclusiones:

“Necesidad de definir las competencias enfermeras en CP; Necesidad de contemplar la práctica profesional en el marco de un modelo conceptual y la aplicación del método científico enfermero; Necesidad de avanzar en prácticas reflexivas basadas en evidencias científicas; Iniciar una línea de investigación en competencias enfermeras en Cuidados Paliativos.” (10)

A Nivel Nacional:

Castillo Gil, Estefany Fernanda; Vásquez Saavedra, Leydi Soledad. 2012. Chiclayo-Perú. Realizó un trabajo de investigación Titulado: “Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes”. Objetivos: caracterizar y analizar el cuidado paliativo brindado por las enfermeras en el servicio de medicina general. Metodología: Estudio de caso, los sujetos de estudio fueron 6 enfermeras del servicio de medicina, muestra obtenida mediante la técnica de saturación, profesionales que laboren por un periodo no menor de dos años. Se utilizó la entrevista abierta a profundidad. Conclusiones:

Dentro del grupo en estudio se pudo evidenciar que: “Las enfermeras no brindan cuidados paliativos en su totalidad por lo hacen abarcando algunas dimensiones que este posee a pesar de no contar con un equipo de salud formalmente constituido.” (11)

Larico Barrientos Stefani Ethell. 2009. Lima. Realizó un trabajo de investigación Titulado: “Actitudes De Los Estudiantes De Enfermería De La Universidad Nacional Mayor De San Marcos Hacia El Cuidado Paliativo Del Paciente Terminal.” Objetivo: Identificar las actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor e San Marcos hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. Metodología: Tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La técnica fue el cuestionario y el instrumento la Escala de Lickert aplicado a 74 estudiantes. Conclusiones:

“La mayoría de los estudiantes (62.16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. En la dimensión física del cuidado paliativo, la

mayoría de los estudiantes (63.52%) presentaron una actitud de indiferencia. En la dimensión psicoemocional del cuidado paliativo, la mayoría presentó una actitud de indiferencia, En la dimensión espiritual del cuidado paliativo, la gran mayoría (77.03%) presentó una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal". (12)

Soto Cahuín Cinthia Vanessa. 2009. Lima-Perú investigó: "Nivel De Satisfacción Del Paciente En Fase Terminal Respecto Al Cuidado Que Le Brinda La Enfermera En El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión". Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción del paciente en fase terminal respecto a los cuidados que le brinda la enfermera en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Metodología: Tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. Conclusiones:

"La mayoría de los pacientes en fase terminal (46%) tiene un nivel de satisfacción medio respecto a los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de medicina interna del HNDAC, este estudio demuestra que aún en la etapa final de su vida es importante para el paciente tener autonomía, por lo que enfermera debe reforzar esta dimensión mostrando mayor preocupación no solo por cubrir sus necesidades básicas sino hacerlo de acuerdo a los gustos y preferencias que mantenga el paciente". (13)

Acosta Olivera, Jenny. 2004 en Lima "Actitudes de los internos de Enfermería hacia los Cuidados Paliativos del Paciente Terminal de la Universidad San Martín de Porres". Objetivo: Determinar la actitud de los internos de enfermería hacia Cuidados Paliativos del Paciente Terminal. El tipo de estudio realizado fue descriptivo comparativo de corte transversal, utilizando instrumento el Diferencial Semántico; dentro de los resultados se menciona:

"Los internos de Enfermería en su mayoría mostraban un actitud indiferente hacia la atención de los cuidados Paliativos al paciente en fase terminal, así mismo existe una actitud de rechazo hacia el familiar del paciente moribundo, identificándose que los internos de enfermería lo consideran como perturbador y conflictivo. A nivel general se evidencia una mayor indiferencia en los internos de La Universidad San Martín De Porres. Los sujetos de estudio con actitud indiferente consideran que

el saber que un paciente va a morir es algo rutinario y no les causa desesperación". (14)

Barrera Rojas, Yasmina Paola. 2008. Lima. "Actitud de a enfermera hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal en el servicio clínica del instituto nacional de enfermedades neoplásicas". Objetivo: Determinar las Actitudes de las enfermeras hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal. Es cualitativo de nivel aplicativo, se utiliza el método descriptivo de corte transversal realizado en 11 enfermeras técnica entrevista e instrumento escala modificada tipo de Lickert. Conclusiones:

"Las enfermeras que atienden pacientes oncológicos en fase terminal evidenciaron mayormente actitudes medianamente favorables y en menor proporción actitudes favorables las cuales tienen igual valoración que las actitudes desfavorables". (15)

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 ASPECTOS TEORICOS-CONCEPTUALES SOBRE CUIDADO PALIATIVO.

DEFINICIONES EN CUIDADOS PALIATIVOS

El cuidado Paliativo, debe su nombre a la palabra "paliar" (significa aliviar, mitigar, dar alivio transitorio sin intención de cura), tiene su origen en el Reino Unido en la década del 60 como respuesta a las necesidades insatisfechas de los pacientes en el final de sus vidas y de sus familias. (16)

La organización Mundial de la Salud en el 2002 lo define como: un modelo asistencial que mora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades de pronóstico letal, y la de sus familias, se basa en la prevención y el control del sufrimiento con identificación precoz y evaluación y

tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos psico-sociales y existenciales. (17)

Es un programa experimentado, de naturaleza interdisciplinaria, dirigido al que está muriendo y al que está en duelo; para satisfacer los aspectos físicos, emocionales y espirituales de los procesos de muerte y duele, su filosofía es el alivio y confort.(6)

Respecto de la esencia de su concepto, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o al paciente terminal, y se trata al paciente en su globalidad de ser y buscando mejorar su calidad de vida. (18)

En 1987, la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica, siendo definida como "el estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa, gradual y ultra-avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado es la calidad de vida". Inicialmente, este concepto apareció incorporado a las prácticas médicas. Sin embargo, cuando otros profesionales -como enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos o capellanes- están implicados, se refiere más a cuidados paliativos que a medicina paliativa, porque tal cuidado es casi siempre multiprofesional o interdisciplinario. (18)

En 1990 la OMS definió "cuidados paliativos como: *el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento*. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares". (19)

Leo Pessini y Luciana Bertachini (2006) refieren que:

"Esta definición es digna de elogio porque se centra en el paciente, destaca la naturaleza múltiple de la condición humana e

identifica la calidad de vida como su objetivo último. El uso del término *curativo* no se justifica, toda vez que muchas condiciones crónicas no pueden ser curadas, pero pueden ser compatibles con una esperanza de vida por algunas décadas. La OMS definió además, en 1998, los cuidados paliativos para los niños y sus familias -cuyos principios se aplican también a otros trastornos pediátricos crónicos. Esta misma organización internacional redefinió en 2002 el concepto acentuando la prevención del sufrimiento. Es importante observar que no tienen que ser considerados esencialmente diferentes de otras formas o áreas de cuidados de la salud. La distinción tornaría difícil y hasta imposible su integración en el curso regular de la atención. Muchos aspectos cruciales de estos cuidados se aplican perfectamente a la medicina curativa, así como, por otra parte, su desarrollo puede influir positivamente sobre otras formas de cuidado de la salud, al valorar aspectos tradicionalmente subordinados por la medicina tecnocientífica, por ejemplo, la dimensión ético-espiritual de las personas.” (19)

PRINCIPIOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Leo Pessini resalta unos principios de base que deben tener los cuidados paliativos (19) a continuación los nombro:

Los cuidados paliativos

- Valorizan alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y la administración de los síntomas.
- Afirman la vida y entienden el morir como un proceso normal, no apresuran ni posponen la muerte, no deben acortar la vida prematuramente.
- Integran aspectos psicológicos y espirituales de los cuidados al paciente.

- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte.
- Ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad y el duelo.
- Buscan mejorar la calidad de vida.
- Son aplicables en el periodo inicial de la enfermedad y concomitante con sus modificaciones y con las terapias que prolongan la vida.
- Exigen un trabajo en equipo.

En este punto, el trabajo en equipo; los Cuidados Paliativos deben estar orientados en un manejo integral, que parte de la necesidad de disponer de las competencias de varios profesionales en salud, trabajo en equipo se entiende como un grupo de profesionales con competencias diferenciadas que intentan alcanzar objetivos comunes; en ellos la interacción no tiene por qué ser ni frecuente ni fundamental. La existencia de este tipo de equipos asistenciales se justifica por la multidimensionalidad del ser humano al que atienden. (20)

Esper-Rueda (2011) señala que “Estas acciones justifican la necesidad sobresaliente que existe, en la preparación básica de los médicos y demás profesionales en salud, siendo necesario fortalecer las competencias que permitan ejercer un excelente papel a nivel de los Cuidados Paliativos, también dirigir un mayor esfuerzo hacia la investigación en esta área.

Debido a que estamos en una sociedad creciente y que cada vez verán en este modelo de atención una opción clara para trabajar sobre su calidad de vida, aún más cuando está en máximo riesgo”. (21)

CUESTIONES ETICAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Leo Pessini resalta cuestiones éticas que deben tener los cuidados paliativos (19), se nombran a continuación:

- Las cuestiones éticas implicadas en cuidados paliativos se basan en el reconocimiento de que el paciente incurable -o en fase terminal- no es un residuo biológico sobre el cual ya no se puede hacer más, y cuya

vida no debe ser prolongada innecesariamente. Estamos siempre delante de una persona y, como tal, capaz de relación hasta el momento final y de hacer de la vida una experiencia de plenitud y crecimiento.

- Los profesionales deben reconocer los límites de la medicina y prevenir el exceso de tratamiento -la llamada "distanasia"- o el tratamiento fútil. Es importante desafiar la ilusión de que existe solamente una forma de ocuparse del dolor y del sufrimiento: la eliminación de los enfermos.
- Los médicos y otros profesionales del cuidado deben respetar la autonomía del paciente, aceptando sus prioridades y sus objetivos, no ocultando la información solicitada por el paciente y respetando sus deseos de no ser tratado cuando esta intervención es sólo una prolongación del proceso de morir. Deben medir cuidadosamente las ventajas del tratamiento (beneficencia) y evaluar los riesgos y beneficios de cada decisión clínica (no-maleficencia) para prevenir el tratamiento fútil, que no se condice con los objetivos de la prevención: cura, cuidado, rehabilitación y superación del dolor.
- Esta perspectiva de la bioética principialista norteamericana puede ser insuficiente en esta área de los cuidados de la salud. Las éticas del cuidado y de las virtudes se presentan como apropiadas y necesarias en cuidados paliativos. Las primeras enfatizan esencialmente la naturaleza vulnerable y dependiente de los seres humanos, por lo tanto, destacan no sólo el proceso de decidir, sino también la calidad de las relaciones: por ejemplo, continuidad, apertura y confianza. Las éticas de las virtudes critican el acercamiento ético basado en las decisiones desde el carácter, acentuando la importancia de acciones virtuosas.
- Los pacientes con enfermedades avanzadas o en estado terminal tienen los mismos derechos básicos que los otros pacientes, por ejemplo, el derecho de recibir los cuidados médicos apropiados, de ayuda personal y de ser informados. Pero, también, les asiste el derecho de rechazar los

procedimientos de diagnóstico y/o tratamientos cuando éstos nada agregan frente a la muerte prevista; sin embargo, la denegación del tratamiento no tiene que influir en la calidad de los cuidados paliativos. Más aún, tienen el derecho al grado máximo de respeto por su dignidad y a la mejor analgesia disponible para el dolor y el alivio del sufrimiento.

- Aunque la realidad de cada país siempre tiene sus particularidades socio-político-culturales es siempre enriquecedor considerar como fuente de inspiración lo que se hace en otros países.

PRINCIPIOS ETICOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL CONSEJO DE EUROPA

Según la asociación Húngara de Hospicios y Cuidados Paliativos en conformidad con los principios ética en los cuidados Paliativos -Consejo de Europa 2003. (19)

- Los miembros del equipo de cuidados deben respetar la autonomía de los pacientes al aceptar sus prioridades y objetivos, así como hablar de las opciones del tratamiento. Formular en común el plan de cuidados, nunca ocultar la información que el paciente desea recibir, proveer sus necesidades de información sobre cualquier tratamiento y, también, respetar la opción de abandonarlo.
- El equipo de cuidados debe evaluar las ventajas y riesgos del tratamiento (beneficencia), evaluar los riesgos en lo referente a las ventajas de cada decisión clínica (no-maleficencia), entender que el paciente tiene derecho al más alto estándar de cuidado en el contexto de los recursos disponibles y juzgar las decisiones en el contexto de la asignación y el uso de recursos (justicia).
- Los derechos fundamentales de los pacientes que están en el final de la vida son: recibir la asistencia médica necesaria, ser respetado en su

dignidad y ser apoyado y cuidado en sus necesidades. Además, tienen derecho al alivio del dolor y del sufrimiento, a ser informados, a la autodeterminación y a la suspensión de tratamientos.

- El paciente tiene el derecho de recibir información detallada de su estado de salud, sobre cualquiera evaluación médica, examen y oferta de intervenciones en lo que respecta considerar las ventajas, los riesgos y las operaciones potenciales, así como la decisión sobre tales exámenes e intervenciones. Por otra parte, el paciente tiene el derecho de recibir información respecto de cualquier procedimiento o método alternativo, así como del proceso del tratamiento y los resultados esperados.
- Los pacientes tienen el derecho de participar en las decisiones relacionadas con sus cuidados de salud, es decir, exámenes y tratamiento considerados. El consentimiento informado del paciente es un requisito anterior a cualquier intervención médica.
- En el caso de que el paciente sufra de una enfermedad considerada incurable y terminal, que -de acuerdo con el conocimiento médico actual- conducirá probablemente a la muerte en un período de tiempo corto, se pueden rechazar éticamente intervenciones de mantenimiento o de rescate de la vida, y dejar que la enfermedad siga su curso natural. En caso de incapacidad, el paciente puede designar a otra persona para el ejercicio de ese derecho. Esta declaración se puede anular en cualquier momento si el paciente así lo desea.
- De cada acto y decisión se debe dejar constancia en forma escrita.

CALIDAD DE VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Sonia Bravo Turpin y Susana Guevara Méndez (2012) refieren que:

“Cuando la curación no es posible, intentos heroicos de prolongación de la vida, sobre todo si se trata de tratamientos

agresivos y con efectos negativos en los pacientes, pueden estar traspasando límites éticos”.

El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares (OMS). El paciente afectado de una enfermedad avanzada presenta una serie de peculiaridades que no pueden ser obviadas:(22)

- Sus síntomas suelen tener un claro carácter multidimensional.
- Precisan una evaluación continua y asociada con intervenciones dinámicas y flexibles.
- Se debe realizar un enfoque individualizado de la vivencia y del deterioro del bienestar del paciente.
- Es necesario tener en cuenta a la familia y/o a los cuidadores.
- Evaluar el grado de incapacidad y de afectación de la imagen corporal, así como los pensamientos de muerte.(24)

Con frecuencia se equipara calidad de vida con control de síntomas físicos, pero rara vez se analizan sentimientos de aislamiento, culpa, vergüenza, realización personal, sentimientos de apoyo y afecto. Resulta obvio que se trata de áreas más difíciles de evaluar pero de gran importancia.

Las necesidades de incorporar las valoraciones y preferencias del paciente distingue claramente la calidad de vida de otras mediciones de salud.

La European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) tiene un grupo de trabajo para el estudio en calidad de vida, uno de cuyos objetivos es el desarrollo de cuestionarios para su evaluación y análisis, en ensayos clínicos internacionales.

La organización europea para la investigación y tratamiento del cáncer ha trabajado dos generaciones del cuestionario. También se pueden utilizar otros instrumentos genéricos de calidad de vida, adaptados al español como el perfil de calidad de vida en enfermos crónicos, el perfil de salud de Nottingham siendo el autoinforme el instrumento más empleado en la atención paliativa.

Reflexionar sobre el concepto de calidad de vida nos ofrece la oportunidad de reconocer la complejidad del ser humano objeto de nuestra asistencia. Nuestra atención no será satisfactoria si no abarca la totalidad del individuo y no sólo sus aspectos físicos. La clave está en la respuesta del sujeto ante sus dificultades, es aquí donde centrar la valoración enfermera para establecer un completo plan de cuidados, teniendo en cuenta que esta respuesta está, a su vez, influida por aspectos físicos (tipo de enfermedad y su evolución), emocionales (la personalidad del sujeto, mecanismo de afrontamiento), sociales (el soporte social recibido y percibido), espirituales (fe, sentido de la vida y trascendencia, por sus propios valores y creencia (los significados interiores), su contexto cultural e historia personal (el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida la etapa de la vida que se produce la enfermedad). Es una situación dinámica y cambiante; los procesos de situación a las situaciones (mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas) van llevando igualmente a cambios en la valoración enfermera, derivadas de la propia evaluación general que hace el paciente de su vida, su sistema de valores, creencias y la adecuación de sus expectativas. Que clara la necesidad de un abordaje multidimensional, multidisciplinario y flexible de manera q a la hora de hacer frente a los retos éticos que plantean las enfermedades

crónicas y avanzadas seamos capaces de mirar más allá del horizonte clínico , valorando la autonomía de cada individuo. La filosofía de cuidados paliativos se preocupa cada vez más de la realidad calidad, valor y sentido de la vida. (22)

ROL DE LA ENFERMERA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Según el manual de Enfermería Oncológica del Instituto Nacional de Cáncer en Argentina. (2009). Señala:

“La enfermería en cuidados paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias, en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte. Junto con el resto del equipo debe esforzarse en responder a las necesidades y problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados. Poder lograr estos objetivos no sólo depende de una formación general de enfermería, sino fundamentalmente de una formación específica en cuidados paliativos, una especialidad con conocimientos propios, ya que la problemática con la que deberá enfrentarse tiene características diferentes e implica el aceptar que no todos los pacientes se van a curar y gran parte de ellos morirán a corto plazo, lo que representa un cambio de la actitud curativa hacia una actitud paliativa. Al igual que para los otros miembros del equipo, la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar y atender los detalles, junto con la capacidad de obtener una visión global de la situación, son aspectos relevantes de la enfermería en cuidados paliativos. (23)

Anaí Izaguirre resalta las funciones de la enfermera en cuidados paliativos (24), se nombran a continuación:

- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente de forma integral.
- Identificar problemas y necesidades actuales y potenciales del paciente y la familia. Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona con enfermedad terminal.
- Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte.
- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento.
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
- Realizar la evaluación del dolor, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales
- Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia en los cuidados.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Brindar soporte a la familia en el período de duelo. (24)

PACIENTE PALIATIVO

Miguel A, Ruiz Díaz, Jennifer M, Johnson (2012) señalan que:
“Algunos de los elementos, que contribuyen a la complejidad en el proceso de alcanzar una definición válida del paciente susceptible de recibir cuidados paliativos son los siguientes:

1. Dificultad en estimar el pronóstico en un gran número de enfermedades, sobre todo no oncológicas.
2. Subjetividad en el establecimiento del momento idóneo del paso de un énfasis curativo a uno paliativo.
3. Implicaciones que el “estatus paliativo” pueda tener en el resto de cuidado médico del paciente.
4. Tensiones económicas entre necesidades y medios destinados a cuidados paliativos.
5. Falta de familiaridad con los conceptos de enfermedad avanzada y fase terminal.

Como punto de partida como criterio para la identificación de dichos pacientes era el de tener una condición potencialmente limitante de la vida o con peligro de muerte. Otro criterio de determinación de pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos es el que incluye a aquellos pacientes que tengan síntomas tanto físicos como psicosociales graves; pacientes con preocupaciones sociales o espirituales que afecten a su vida cotidiana de forma importante; los pacientes o familiares que necesiten ayuda entendiendo su enfermedad, la trayectoria de su pronóstico o las opciones de tratamiento, o los pacientes y familiares que necesiten ayuda clarificando y estableciendo metas del cuidado. El paciente considerado como subsidiario de recibir cuidados paliativos sería, según la Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, aquel que precisa de: La atención integral, individualizada y continuada por presentar una

enfermedad en situación avanzada y terminal, así como de las personas a ellas vinculadas por razones familiares o de hecho. Esa situación viene caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y que condicionan una elevada necesidad y demanda de atención. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora del confort y de la calidad de vida, definidos éstos por el propio enfermo y su familia, con respecto a su sistema de creencias, preferencias y valores. Una de las cuestiones más importantes que deben considerarse en el ámbito de la definición del paciente paliativo es la del establecimiento del momento apropiado en el que un paciente con una enfermedad avanzada debería comenzar a recibir cuidados paliativos. Los conceptos de enfermedad avanzada y *terminalidad*, así como la familiaridad con las trayectorias típicas de las enfermedades oncológicas y no oncológicas” (22).

CUIDADOS PALIATIVOS Y EL DOLOR

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. (25)

Para ellos, la única opción de tratamiento realista es el alivio del dolor y los cuidados paliativos. Existen métodos paliativos eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

El dolor en los pacientes en Cuidados Paliativos representa algo más que una sensación nociceptiva e incluye aspectos que tienen que ver con la

condición humana, como la personalidad, la afectividad y las emociones, y las relaciones psicosociales. (26)

TRATAMIENTO DEL DOLOR

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como: “Una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial”. (27)

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con enfermedades terminales. Puede afectar hasta al 96% de los pacientes con cáncer.

Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia de algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). No hay que olvidar otras posibles causas de dolor no directamente relacionadas con la enfermedad del paciente (artrosis, etc.).(28)

El dolor en los pacientes en cuidado paliativo representa algo más que una sensación perceptiva e incluye aspectos que tienen que ver con la condición humana, como la personalidad, la afectividad y las emociones, y las relaciones psicosociales. La naturaleza multidimensional del dolor requiere un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. Los aspectos psíquicos y físicos de dolor están íntimamente relacionados.” (29)

TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Según la guía de práctica clínica en cuidados Paliativos de España (2007) señalan que:

“Antes de comenzar a emprender ninguna actuación, lo primero que hemos de hacer es una valoración, es decir, evaluar las causas que pueden originar la crisis e instaurar el tratamiento específico idóneo.

Para ello tendremos en cuenta:

- Localización: superficial o visceral.
- Intensidad: es un valor subjetivo.
- Patrón: nos referimos al momento del comienzo del dolor, la duración y la persistencia o intervalos.
- Factores que lo precipitan: estos pueden ser por ejemplo la humedad, el frío, el ejercicio físico, aparece después de las comidas.
- Factores de alivio: medicación, descanso, aplicación de calor o frío.
- Síntomas asociados al dolor: vómitos, diarrea, mareos, estreñimiento.
- Efectos sobre las actividades de la vida diaria: limitaciones físicas, afectación sobre las relaciones interpersonales.
- Experiencia dolorosas pasadas: pueden alterar la sensibilidad del paciente ante un estímulo doloroso que perciba, por las conductas previas pasadas por el propio paciente o contadas y vividas por otras personas cercanas a este.
- Recursos de lucha: iniciativa del paciente en la solicitud de ayuda, asistencia, o por el contrario que no crea en la ayuda que se le ofrece.
- Respuestas afectivas: estado que desarrolla el paciente que puede ser depresión, miedo, extenuación.
- Cuestionario del dolor: son una serie de ítem para obtener información sobre el dolor que siente el paciente”. (30)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

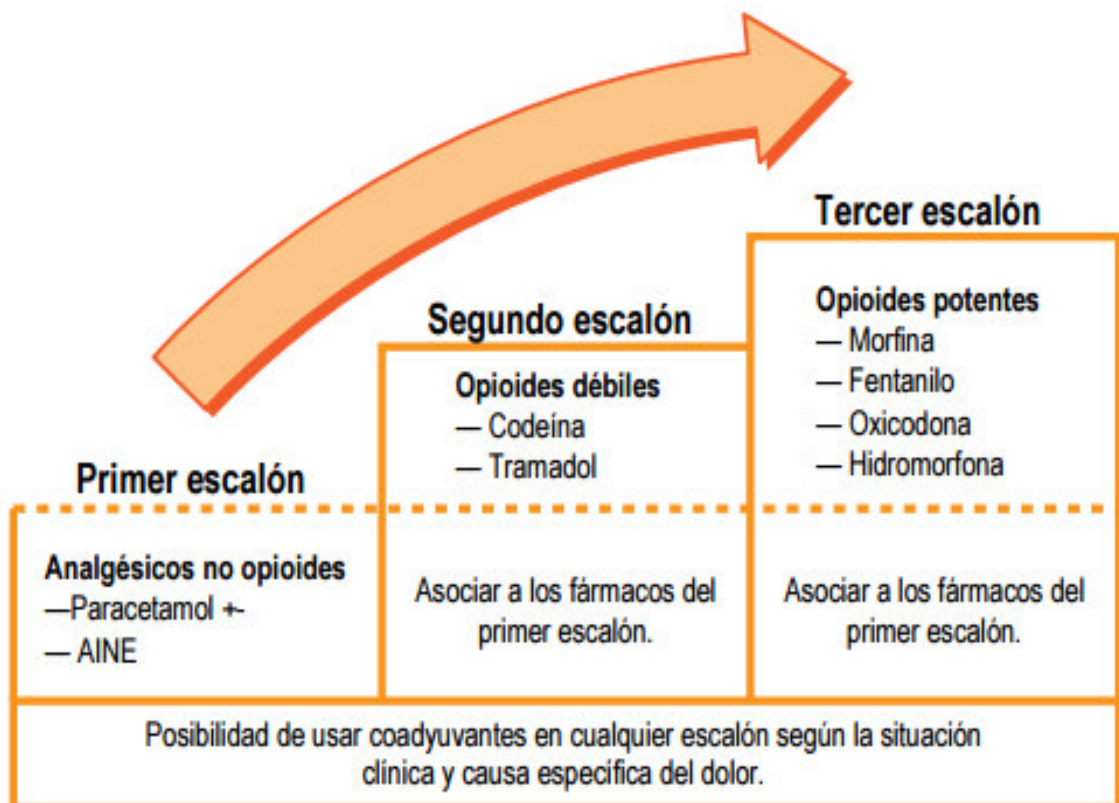
En 1986, la Organización Mundial de salud (OMS) propuso una escalera de tres peldaños en el control del dolor. Consiste en un enfoque ascendente según la intensidad del dolor. Si el dolor es ligero ($EVA < 4$), se puede comenzar con un analgésico del primer escalón, como el paracetamol o un antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Si el dolor persiste o se agrava ($EVA 5-7$) se debe pasar a un analgésico del segundo escalón (opioides débiles: codeína

o tramadol). Si el dolor se mantiene se pasaría a un tercer escalón (opioides potentes). (31)

Los fármacos adyuvantes podrían combinarse con los fármacos de cualquiera de los tres peldaños si es necesario. Diversos estudios recientes han demostrado la posibilidad de saltarse el segundo escalón si la intensidad del dolor lo requería. (32)

La escalera de la OMS para aliviar el dolor canceroso es un método relativamente barato y aun así eficaz para aliviar el dolor causado por el cáncer en un 90% de los pacientes. (33)

A continuación mostramos la escala analgésica según la O.M.S.:



Tratamientos no farmacológicos

Según la compañía internacional CHANGE PAIN, señala: “Las terapias no farmacológicas juegan también un papel importante en el tratamiento del dolor, en particular del dolor crónico. (34)

Fisioterapia

El masaje, la crioterapia (tratamiento con frío) o la termoterapia (tratamiento con calor). Son especialmente utilizados para el tratamiento del dolor musculoesquelético.

Acupuntura

La acupuntura es un método de tratamiento que tiene su origen en la medicina china y que se ha utilizado con gran éxito en el tratamiento del dolor. Consiste en la introducción de agujas finas en las áreas a tratar y donde se acumulan células sensoriales (puntos de acupuntura). Presumiblemente se liberan sustancias inhibitoras del dolor, por ejemplo, endorfinas, las cuales inhiben la transmisión del impulso de dolor. Además, se puede aplicar una corriente eléctrica a las agujas.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS).

La TENS es un procedimiento de estimulación para activar los sistemas de inhibición del dolor endógeno a nivel raquídeo y suprarraquídeo. En este procedimiento se aplican electrodos a la piel en la región dolorida, en zonas adyacentes directas o también sobre puntos reflexógenos o puntos de acupuntura y se aplica una frecuencia especial que generalmente depende de la naturaleza del dolor.

Tratamiento psicológico.

El hecho de que la administración de placebo reduzca significativamente el dolor hasta en un 20% demuestra que el componente psíquico tiene un gran efecto sobre la percepción del dolor. El tratamiento psicológico de los pacientes con dolor está indicado especialmente en el dolor crónico e incluye, por

ejemplo, el entrenamiento en relajación, la hipnosis, el tratamiento conductual y la psicoterapia.

Procedimientos neuroquirúrgicos .

Los principios básicos de los procedimientos neuroquirúrgicos consisten en la interrupción de las vías de transmisión que transmiten los estímulos del dolor desde el tejido dañado. En la cordotomía se interrumpe el tracto espinotalámico en la médula espinal. Un método menos radical es la radicotomía, en el que la cirugía no se realiza directamente en la médula espinal, sino que se secciona la raíz nerviosa a su salida de la columna vertebral. También se pueden bloquear los nervios periféricos, o bien reversiblemente con anestésicos locales bloqueando la transmisión o irreversiblemente mediante neurectomía utilizando neurotóxicos (alcohol, fenol, etc.), electrocoagulación o irradiación. Dado que estas técnicas causan un daño nervioso permanente, se consideran como los tratamientos de último recurso para el alivio del dolor intratable muy severo". (34)

2.2.2 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEPTUALES SOBRE PACIENTE TERMINAL /FASE TERMINAL

DEFINICION

El paciente o enfermo terminal es un término médico que indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada, y se espera como resultado la muerte del paciente, dentro de un período corto de tiempo. Este término es más comúnmente utilizado para enfermedades degenerativas tales como cáncer, o enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas. Esta expresión se popularizó en el siglo XX, para indicar una enfermedad que eventualmente terminará con la vida de una persona. (35)

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2000) señalan lo siguiente: "En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de

características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente.

El cáncer, sida, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática etc.)... cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

Es fundamental no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable” (36)

La Sociedad Médica de Santiago (2000) señalan lo siguiente:

Para que un paciente pueda ser clasificado como terminal se deben cumplir las siguientes condiciones:

- a) Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.
- b) La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, incurable, avanzada con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve.
- c) En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de

eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces.

Es necesario reconocer que, en algunos casos, el carácter terminal de un paciente pueda estar condicionado por la imposibilidad práctica de utilizar los recursos terapéuticos que la Medicina dispone y que podrían modificar el pronóstico terminal de una enfermedad, pero que son de una disponibilidad muy limitada, complejos y costosos, como es el caso de los trasplantes de órganos. También, en algunas ocasiones excepcionales, el aislamiento geográfico podría condicionar el diagnóstico de enfermo terminal dada la carencia de recursos terapéuticos complejos e imposibilidad de traslado a un centro especializado.

Los criterios que hemos mencionado pueden cumplirse en cualquier grupo etario. La edad avanzada no es un criterio válido para catalogar como terminal a un paciente. Tampoco lo es el compromiso de conciencia, cognitivo o de relación, si ello no se acompaña de una condición patológica grave, progresiva e irreversible, para la cual no existe tratamiento curativo". (37)

2.2.2.1 ETAPAS – PSICOLOGICA. ENFERMEDAD TERMINAL O PACIENTE TERMINAL.

Según Elizabeth Kubler –Ross, doctora en Tanatología, el paciente terminal pasa por cinco etapas psíquicas que preceden a la muerte. (38)

1. Negación. Es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente remplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.

2. Ira. El individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.
3. Negociación. Involucra la esperanza de que el individuo pueda, de alguna manera, posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.
4. Depresión. Empieza a entender la certeza de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño. No es recomendable intentar alegrar a una persona que está en esta etapa. Es un momento importante que debe ser procesado.
5. Aceptación. Es la etapa final; llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere que la dejen sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte. (38)

2.2.2.2 LA FASE TERMINAL

Irurzun Zuazabal, Josu (2007) señala:

De forma muy teórica y según la posible supervivencia de los enfermos, considerar tres etapas distintas en la evolución de la enfermedad terminal de estos enfermos:

- Fase terminal: pronóstico de hasta meses.
- Fase preagónica: pronóstico de hasta semanas
- Fase agónica: pronóstico de hasta días.

El concepto de terminalidad, reconoce la finitud de la vida biológica, pero la palabra puede orientarse a las últimas horas, los últimos días, semanas o

meses. Esta última etapa, que requiere la certeza del diagnóstico, incluirá a la denominada fase terminal, cuando el padecimiento es irreversible, progresivo y se acompaña de múltiples síntomas bajo un pronóstico de vida limitado, que de forma empírica se considera no mayor a seis meses.(39)

2.2.2.3 AGONÍA

Irurzun Zuazabal, Josu (2007) señala:

“La agonía más que un síntoma de los enfermos en fase terminal constituye la última fase de su enfermedad que abarca desde las últimas horas hasta los 3-5 últimos días según los diversos autores (aunque a veces este período puede ser más largo) y que se define como el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente.

En esta situación se produce un deterioro progresivo de las funciones físicas, biológicas, emocionales y de relación con el entorno. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal consecuencia de la evolución de su enfermedad y es fundamental anticiparnos a los síntomas que previsiblemente se van a producir.

Con mucha menor frecuencia el fallecimiento de estos enfermos se produce de forma brusca como consecuencia de una complicación imprevista como podría ser una hemorragia masiva que aunque evita el sufrimiento final de la fase de agonía resulta muy impactante tanto para el enfermo como para su familia. Resulta fundamental establecer el diagnóstico de la agonía para replantearnos los objetivos terapéuticos aunque a veces esto no es siempre fácil y en muchas ocasiones se siguen intentando tratamientos activos buscando una esperanza de mejoría del enfermo que no parece un objetivo adecuado en esta fase” (39)

Irurzun Zuazabal, Josu (2007) También señala los síntomas más frecuentes en la fase de agonía las cuales son: Somnolencia y confusión, Estertores y respiración ruidosa., Agitación terminal y delirio, Dolor, Disnea.

Así también señala las Normas básicas de cuidados en la agonía y relata lo siguiente:

Resulta fundamental en la fase agónica replantearnos los objetivos terapéuticos con el enfermo ya que tratamientos o actitudes previas en esta fase final carecen de sentido y debemos aplicar el sentido común para proporcionarle en este momento únicamente aquellos cuidados que sean imprescindible para aportarle bienestar y comodidad en las últimas horas-días de vida. Hay que dar prioridad al control de síntomas y al alivio del sufrimiento tanto físico como psicológico y espiritual tanto del enfermo como de su familia. (39)

2.2.2.4 NECESIDADES HUMANAS DEL PACIENTE TERMINAL

Las necesidades humanas el paciente Terminal deben atenderse con la mayor prontitud y habilidad, a fin de lograr su bienestar, propiciando los cambios vitales importantes que requieran para la satisfacción de las mismas. (40)

Huallpa C.Rafael, Isimura. Marcia, Jaime C. Carolina. (2005) citan las siguientes necesidades:

Necesidades fisiológicas: comprende los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos podemos mencionar: necesidad de agua, oxígeno (aire), alimentos, eliminación, actividad, reposo, sueño, conservación de la temperatura, abrigo y alivio del dolor. Estas consideraciones obedecen a que sus funciones vitales van disminuyendo a medida que ocurren los cambios orgánicos como: dolor físico, anorexia, vómitos o náuseas, dificultad para deglutir, deshidratación, dificultad de eliminación urinaria, incontinencia urinaria, úlcera por decúbito y dificultad para respirar.

Necesidades psicológicas: son los sentimientos, emociones, estado de ánimo del intelecto que influyen en la satisfacción de las necesidades de autoestima, espiritualidad, aprecio, reconocimiento, autonomía, pertenencia, autoevaluación, respeto, amor, dignidad, confianza, y seguridad psicológica.

Necesidades socioculturales: se refieren a las relaciones e interacciones con la familia y su entorno, el trabajo o actividad laboral, la utilización del tiempo libre, los medios económicos y su escala de valores. Todas estas influyen en la satisfacción de las necesidades de comunicación, interacción social, su rol y status social, seguridad económica, seguridad y protección física, recreación, creencias, valores y cultura. La cultura es para el paciente la necesidad de conservar sus tradiciones, a través de las prácticas y relaciones con las demás personas que, junto con la historia, influyen en el mismo.

Necesidades espirituales: son el vigor natural y la virtud que alienta, fortifica, da fuerza y valor para actuar en medio social al cual pertenece la persona. Constituye en el núcleo de lo más íntimo del ser humano. Estas necesidades son el resultado de los sistemas de creencias llamadas religiones y están íntimamente relacionadas con las necesidades psicológicas; proporcionan motivaciones fuertes para luchar por las prácticas religiosas. Se pueden identificar por medio de los sistemas de creencias individuales y por la formación religiosa de la sociedad. Las necesidades espirituales son la fe y la esperanza”. (40)

2.2.2.6 RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE TERMINAL

Larico B. Stefani E. cita lo siguiente (2009):“En toda, relación humana, las emociones juegan un papel importante. Y en el proceso de morir más por la presencia de la muerte. En esta situación, para el paciente, sentirse comprendido y reconocido como ser humano, la reflexión sobre su propia vida, o el poder despedirse de sus seres queridos entre otros aspectos, convierten en necesidades primordiales que deben ser satisfechas. Al mismo tiempo, para el cuidador, en este caso el personal de Enfermería, el sentirse útil y humano, el poder facilitar la comunicación y el cuidado de los aspectos físicos se convierten en el centro de sus preocupaciones. Pero a medida que se deteriora la salud del paciente, las necesidades psicológicas suelen prevalecer sobre las físicas.

La relación Enfermera – Paciente Terminal, tiene una significación metodológica y humana relevante, porque a través de una planificada, reflexiva, constructiva y motivadora relación, se logra una ubicación que permite el estudio biográfico, conocimiento de las modalidades de la existencia del paciente y algunos aspectos de su intimidad, necesarios para la comprensión de los aspectos psicológicos de su vida, para poder establecer una correlación con su comportamiento en esta fase Terminal. (12)

Al respecto Travelbee, J (1966) refiere: “La relación Enfermera – Paciente Terminal debe ser considerada como el gran componente artístico de Enfermería..., por la expresión de sus buenas maneras, la prueba de su educación, la calidad de su conducción personal y la exteriorización de su bondad. Todas estas características están unidas a su personalidad y cultura al servicio del paciente”.

La relación enfermera paciente terminal cumple varias funciones, como son:

- **Función de ayuda:** Se cumple cuando el paciente expresa o manifiesta sus dolencias, sufrimientos o dolor. La enfermera regula la administración de analgésicos de acuerdo a los síntomas o grado de malestar. Así mismo, la función de asistencia se realiza cuando se hace para satisfacer las necesidades biológicas, le proporciona apoyo emocional y espiritual al acompañarlo, consolarlo y servirle de interlocutora.
- **Función Cognoscitiva:** ésta la realiza la enfermera en dos formas. Una a través de la entrevista, en la recolección de datos relacionados con el modo de vida del paciente, sus costumbres, antecedentes personales y la valoración física, para conocer al paciente y observar su condición personal, de acuerdo a su capacidad de empatía, psicología y de intuición. La otra forma es la instrumental, cuando realiza control de signos vitales de catéteres o sondas, equipos de monitoreo o de asistencia de funciones vitales. A medida que la relación se prolonga, la

enfermera obtiene un conocimiento más profundo del paciente al que le ha tocado cuidar, lo cual hace más eficaces sus funciones de ayuda promoviendo acciones que le proporcionan bienestar y comodidad al paciente.

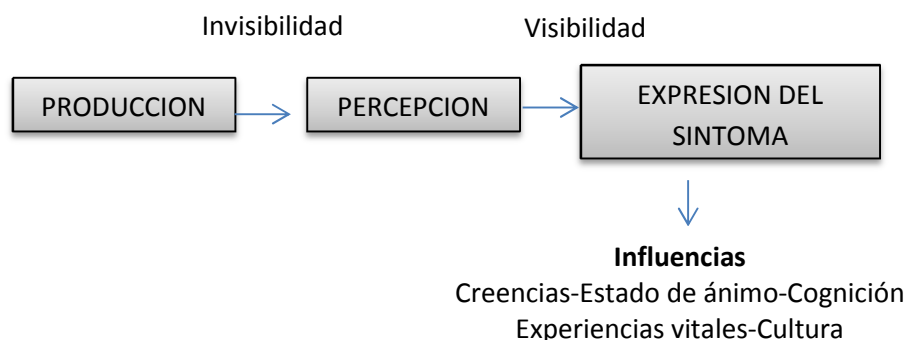
- **Función Social:** esta función consiste en el cumplimiento del rol social tanto de la enfermera como del paciente que determina y exige la enfermedad, para regular la actuación de la enfermera, a fin de que el paciente terminal cumpla, en la medida de lo posible, con la función personal y social, especialmente con familia y amigos.
- **Función Ética:** la relación enfermera – paciente terminal está enmarcada en las normas éticas de la profesión. El paciente a su vez, regula su conducta dentro de la ética de la enfermería, exigible al paciente. Los principios de beneficencia, privacidad, autonomía, como componentes esenciales de la dignidad de la persona, cobran especial relevancia en estas circunstancias.
- **Función Terapéutica:** en esta función tiene gran significación la presencia de la enfermera, su actitud sus gestos y sus procedimientos. Una buena parte de la tranquilidad y confianza del paciente y familia, depende del hecho de poder contar con una enfermera que sea apreciada por el paciente. La sola presencia de una enfermera en quien confié, constituye un elemento tranquilizador, no cabe duda.
- **Función de Compañía:** en la situación de un enfermo terminal, contar con la enfermera junto a su lecho constituye un hecho bien apreciado por el paciente. Ante la soledad a nivel personal, porque el sufrimiento es intransmisible, es únicamente de él, es decir, ante la soledad íntima y ante la soledad social, cuando esta sin la presencia de familiares o amigos, la compañía del profesional de enfermería, con quien se ha establecido en una relación de ayuda, camaradería y solidaridad, es de un valor inmenso dentro de la condición de la enfermedad terminal.

2.2.3 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEPTUALES SOBRE CONTROL DE SÍNTOMAS

2.2.3.1 CONTROL DE SINTOMAS

SÍNTOMA. Es lo que el paciente dice que le pasa. Es aquello subjetivamente el paciente considera una molestia, por ejemplo: dolor, astenia, disnea, etc. Su característica principal es ser una manifestación subjetiva. Es una experiencia “personalísima”, percibida, padecida y posteriormente expresada.

El siguiente cuadro grafica los componentes de la experiencia del síntoma. (25)



El control de síntomas es la esencia de un buen cuidado paliativo. Es primordial establecer una buena comunicación con el paciente y su familia para controlar mucho mejor los diferentes síntomas. Una vez que se han valorado estos, según su importancia, se establece un plan terapéutico. (36)

Este plan se va revisando continuamente, con el propósito de mejorar la calidad de vida, disminuir los sentimientos de impotencia y culpabilidad.

Es frecuente que en un paciente terminal coexistan múltiples síntomas, que sean cambiantes, intensos y su origen sea debido

a múltiples factores y que, además, causen en él un cierto grado de incapacitación, preocupación e impacto emocional. Al paciente como la compañía, el afecto, la distracción, el ambiente, etc. que pueden modificar la percepción y la sensación del dolor u otros síntomas. Por lo general, a medida que avanza la enfermedad, el número de síntomas y su intensidad se incrementan. (42)

Es así que los profesionales sanitarios como los familiares infravaloran la calidad de vida y sobredimensionan los síntomas psicológicos, en comparación con el propio enfermo. Los profesionales se aproximan más a la evaluación del propio paciente con relación a los síntomas físicos, y los familiares más a los síntomas psicológicos”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 1990, promueve los siguientes Principios Generales en el Control de Síntomas:

- Liderazgo médico definido, el paciente/la familia identifican adecuadamente al médico y a la enfermera como responsables del control sintomático.
- Valoración previa al tratamiento.
- Tratamiento en función del mecanismo etiopatológico.
- Explicación al paciente de la fisiopatología del síntoma.
- Discusión con el paciente de las diferentes opciones de tratamientos.
- Explicación del tratamiento a la familia.
- Valorar siempre la opción de tratamientos no farmacológicos.
- Emplear medicación anticipándose al síntoma, evitando “ir por detrás” del síntoma.
- Simplificar el tratamiento, siempre que ello sea posibles y el paciente esté de acuerdo.

- Recurrir a especialistas de otras disciplinas, cuando el control sintomático no sea factible con las medidas habituales.
- Creatividad y compromiso de apoyo, en las escasas situaciones donde el control sintomático no es adecuado.
- Revisar, revisar, revisar: el paciente complejo, característico de una Unidad de Cuidados Paliativos, no es simplemente un paciente crónico, sino un paciente crónico agudizado

La valoración debe abarcar todas las dimensiones: físicas, sociales, psicológicas y espirituales. (23)

A continuación se resumen algunos de los más frecuentes y específicos en esta situación:

A. CUIDADOS EN LA DIMENSIÓN FÍSICA

Los cuidados paliativos en enfermería dentro del aspecto físico deben iniciarse con un enfoque holístico e individualizado, para que sean eficientes a cada paciente en fase terminal.

La valoración del estado, condiciones y etapa de vida, nivel de conciencia, de los signos y síntomas del enfermo, se obtienen al realizar la entrevista, la observación y el examen físico céfalo-caudal, determinando las alteraciones presentes o potenciales. Nuestra misión es aliviar el dolor del paciente, nunca juzgarlo. Tenemos que buscar la causa generadora del dolor y aplicar el tratamiento siempre que sea posible. De esta forma se proporciona alivio a los problemas físicos. Es importante considerar la participación del paciente y familia en la planificación y ejecución de los cuidados de enfermería. (23)

SÍNTOMAS FRECUENTES EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

Según el Instituto Nacional del Cáncer en Argentina (2009) , son: (25)

- **Respiración:**

Valoración y cuidados específicos de Enfermería (según valoración de dificultad, dolor al respirar, coloración de piel y mucosas, ruidos respiratorios y secreciones, tos seca o productiva, necesidad de oxígeno, etc.)

La disnea es un síntoma muy frecuente en la etapa terminal de la enfermedad, estimada en un 55% de los pacientes ingresados. En casos de cáncer de origen broncopulmonar, el porcentaje se eleva a un 70%. Se observa una relación entre la severidad de la disnea y el tiempo de supervivencia. Es la sensación subjetiva y desagradable de falta de aire. Ésta es percibida por el paciente y la familia como uno de los síntomas más distresantes y muchas veces como un signo de muerte inminente por ahogo o sofocación.

Cuidados de enfermería en el paciente con disnea:

- Posición semisentado –o semi-Fowler, a 45º–, con ropas livianas, no ajustadas.
- Almohadas para lateralizar la cabeza.
- Corriente de aire fresco en la cara, ventilador, abanico, ventana o puertas abiertas.
- Voz calma y suave. Mensajes alentadores.
- Técnicas de relajación y/o visualización.
- Aseo de cavidad bucal, nasal y/o traqueostomía.
- Evitar irritantes ambientales (humo, olores intensos) y ruidos.
- Fisioterapia respiratoria. Oxigenoterapia únicamente en caso de hipoxia.
- No estufas o calefactores intensos.
- Asegurarle un acompañante tranquilizador.
- Retirar exceso de personal alrededor del paciente.
- Dieta de fácil masticación.

- **Alimentación:**

Valoración y Cuidados de Enfermería (según estado de nutrición e hidratación, anorexia, náuseas, vómitos, hematemesis, disfagia, existencia de sondas de alimentación, gastrostomías endoscópicas percutáneas, etc)

Es frecuente que en la situación en la que está el paciente aparezca anorexia o falta de apetito. Cuando un paciente es incapaz de alimentarse e hidratarse como lo hacía antes de la enfermedad se genera, tanto en él como en su familia, un estado de angustia y malestar.

Entre el 40 y el 70% de los pacientes con cáncer avanzado presentan náuseas y vómitos. Es una sensación displacentera de necesidad de vomitar a menudo, acompañada por palidez, sudoración fría, aumento de la salivación y taquicardia. Generalmente es precedido de náuseas, sialorrea, malestar, arcadas, sudoración, palidez, sensación de lipotimia.

Cuidados de enfermería en el paciente con náuseas y vómitos

- Servir pequeñas porciones de alimentos hipercalóricos a temperatura tibia o fría.
- Cuidar detalles de presentación de la dieta y condimentar a gusto.
- Ambiente agradable (mantel, flores, luz natural).
- Vajilla liviana, fácil de sujetar, colorida.
- Acompañamiento como evento social y no como evento nutricional.
- Evitar líquidos durante la comida y posteriormente ofrecer infusiones de manzanilla o tilo.
- Dieta fraccionada con ingestas cada 3 o 4 horas.
- Previa higiene de manos y boca, como norma higiénica y como predisposición a la alimentación.

- Sentarse a la mesa, en lo posible, y mantener esa posición una hora post ingesta, si tolera.
- Evitar olores ambientales fuertes, perfumes; no cocinar carnes o frituras en el lugar en el que se encuentra el paciente.
- Ambiente relajado, no obligar al paciente a comer.
- Dieta sin restricciones en pacientes con enfermedad avanzada.
- Higiene oral después del vómito.
- Paciente inconsciente con vómitos: mantener posición en decúbit lateral, para evitar broncoaspiración.
- Investigar nuevas causas, por ejemplo: constipación y observar si hay distensión abdominal.

- ***Eliminación***

Valoración y cuidados de Enfermería (según ritmo intestinal habitual, consistencia de las heces, coloración, olor, estreñimiento/diarrea, fugas fecales, incontinencia urinaria y/o fecal, retención urinaria, ostomías, disuria, melenas/rectorragias, obstrucción intestinal, hemorroides, hematuria, sonda vesical, colectores o pañales de incontinencia).

Debido a la debilidad del paciente, la falta de movilidad y el empleo de determinados fármacos para el dolor es frecuente que el paciente presente dificultad a la hora de la evacuación de las heces, resultando un proceso doloroso y estresante para algunos pacientes.

- ***La Piel***

Valoración y cuidados de Enfermería (según si hay existencia de úlceras por presión, úlceras tumorales, deshidratación, desnutrición, caquexia, inmovilidad y a la afectación de la piel por el tumor o tratamientos derivados del mismo (corticoides, quimioterapia, radioterapia, etc).

- **La Boca**

La higiene y cuidado de la boca es de vital importancia, ya que puede determinar e incluso agravar otros problemas frecuentes en estos pacientes, como son la anorexia, las úlceras, las fístulas, la halitosis, etc. Es importante una revisión diaria de la boca.

La higiene bucal se realiza cepillando toda la cavidad oral 3 veces por día y después de las comidas; usar un cepillo suave o un dedo envuelto en gasa.

Se pueden hacer enjuagues o buches con agua o distintas soluciones –por ejemplo, té de manzanilla–. No usar soluciones con base alcohólica. No mezclar las distintas soluciones –por ejemplo, bicarbonato con nistatina.

Incorporar a la familia en el cuidado de la higiene bucal, para respetar la frecuencia.

- ***Dolor:***

Actuación protocolizada con una serie de pautas detalladas, aunque eso no debe impedir la flexibilidad, ya que el dolor es una experiencia subjetiva y cambiante en la que intervienen factores de diversa índole (físicos, emocionales y culturales).

Valoración y cuidados de enfermería: las medidas necesarias para controlar el dolor.

B. DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL

“El paciente terminal es una persona y como tal debe ser tratado, porque él, su familia y quienes lo acompañan, reaccionan de manera individual ante la proximidad de la muerte. El paciente terminal necesita mantener su identidad y las situaciones que se presenta, varía de acuerdo a las influencias socioculturales, por lo que precisa

del apoyo del personal de salud, especialmente de la enfermera, quien permanece el mayor tiempo”. (15)

Larico B. Stefani E. cita lo siguiente (2009):

Con él respecto Dopaso H., refiere: “Para el paciente terminal, saber que la muerte significará el alejamiento de su familia y seres queridos le causa gran tristeza y, con frecuencia, siente ansiedad por su futuro y la forma cómo ellos enfrentaran el duelo. Además de la tristeza, puede manifestar remordimientos, lo que es característico de la depresión frecuente del proceso terminal, sensación de desesperanza, aislamiento, culpa apatía y sentimientos negativos hacia el mismo como respuesta a la situación que está viviendo” (12)

Por lo tanto la situación de enfermedad terminal hace muy vulnerable a los pacientes, dado que pueden encontrarse débiles, fatigados y con dificultades para la comunicación verbal.

Son estas algunas de las emociones y estilos de afrontamiento que pueden manifestar los pacientes en cuidados paliativos: ansiedad, tristeza, hostilidad, retraimiento, miedo, negación, etc. (17)

En la valoración de los aspectos psicológicos, es importante la actitud que pueda manejar la enfermera, ya que los fundamenta en las manifestaciones de sentimientos y emociones al realizar la entrevista y la observación. Al determinar el análisis y jerarquización de las necesidades, formula el diagnóstico de enfermería, para la elaboración del plan de atención.

C. DIMENSIÓN ESPIRITUAL

Según el Instituto Nacional del Cáncer en Argentina, señalan: (23). “Si definimos la espiritualidad como la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia, podemos aceptar que esta búsqueda personal aflore especialmente en forma de necesidad, insatisfacción e, incluso, sufrimiento en el final de la vida”.

El contacto con la profunda experiencia espiritual del otro que afronta la muerte puede evidenciar no sólo nuestras carencias técnicas y metodológicas para su manejo, sino también nuestro propio vacío espiritual y, en definitiva, nuestra desprotección y contingencia como ser humano.

Para poder intervenir adecuadamente, se debe partir, en primer lugar, de las observaciones hechas al pie de cama del enfermo, con la finalidad de encontrar respuesta al sufrimiento. Son precisas actitudes como la empatía compasiva y la intención de acercamiento y de escucha. Los profesionales de cuidados paliativos, una vez cubiertas las necesidades físicas, emocionales y sociales, necesitan incorporar metodologías que ayuden a descifrar y a acompañar en el camino hacia la espiritualidad”. (23)

Es así que uno de los cuidados de enfermería en cuidados paliativos en fase terminal es: Si el paciente está inconsciente, recordar a los familiares la posibilidad de cumplir con sus obligaciones (creencias religiosas).

Facilitar, en caso de que el paciente esté ingresado, los rituales según la religión que profese.

Las creencias y prácticas espirituales influyen mucho en la reacción del enfermo terminal ante la pérdida, en la conducta consiguiente y, a la vez, ayudan en los momentos difíciles. Son recursos valiosos que le permitan adquirir fuerza y valor suficiente para enfrentar la muerte sin temor a la separación y le faciliten encontrar significado a su vida aun dentro de la etapa de sufrimiento. Al respecto Elena Suarez, refiere: (15)

“... Para el paciente terminal la presencia sistemática de un ministro de su religión es importante porque él se convierte en una fuente de consuelo tranquilidad y compañía. Basado en su función de guía espiritual, está en capacidad de ayudarlo a recobrar y mantener la confianza, a comprender el proceso de la agonía y la muerte y aceptar esta última etapa en lo posible de acuerdo a la concepción filosófica y religiosa del enfermo...” (15)

Por ello la enfermera debe ayudar al paciente a expresar sus deseos y preocupaciones, ayudarlo en sus prácticas y rituales, facilitar la asistencia del ministro religioso, acompañarlo en sus reflexiones, etc.

2.2.4 ASPECTOS CONCEPTUALES DEL CONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: Sujeto – Objeto. (43)

Conocer filosóficamente hablando significa aprehender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, en una palabra poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente. (44)

Al conjunto de conocimientos racionales ciertos o probables que son obtenidos de manera metódica y verificables con la realidad, se organizan y son transmitidos, es llamada Ciencia. (43)

Al respecto M. Rossental define al conocimiento como:

” Un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionando por las leyes del devenir social se halla indisoluble unido a la actividad práctica”. (43)

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en éste proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido, como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como: “acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa. (45)

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es:

“aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente”.

Mario Bunge los define como:

” Un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar”.(45)

Desde el punto de vista fisiológico Sala Bondy, define el conocimiento:

“Primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, éste conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje”.

Entonces se podría concluir es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende. (45)

TIPOS DE CONOCIMIENTO

Según Cuyubamba D. Nilda E. señala los siguientes:

- a. **Conocimiento Cotidiano:** El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia. Tiene lugar en las experiencias cotidianas. Es y ha sido respuesta a necesidades vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación.
- b. **Conocimiento Técnico:** La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.
- c. **Conocimiento Empírico:** También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es a metódico y asistemático. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.

Es superficial porque se forma con lo aparente.

Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.

Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

- d. Conocimiento Científico: Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Sus características Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza. Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie. Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.
- e. Conocimiento Filosófico: Es un conocimiento altamente reflexivo trata sobre los problemas y las leyes más generales, no perceptibles por los sentidos, trata de explicar la realidad en su dimensión universal.
- f. Conocimiento Teológico: Conocimiento revelado relativo a Dios, aceptado por la fe teológica. (45)

LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

La teoría del conocimiento será una reflexión crítica sobre el conocimiento, pero "conocimiento" se puede entender de tres formas diferentes: La facultad de conocer, que la estudiará la Antropología. La actividad de conocer, que la estudiará la psicología. El resultado de conocer, el saber que es patrimonio de las diversas ciencias (y otros saberes). (45)

FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO

Cuyubamba. Elena; cita lo siguiente:

“Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo ya actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- **Lo informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud- enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **Lo Formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular”.(45)

2.2.5 ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEPTUALES ACTITUDES

ACTITUD

M. Aigner ; señala lo siguiente:

“En términos operativos, en la investigación aplicada en Ciencias Sociales, generalmente se acepta que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”. Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos pero no objetivamente observables), son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc...(46)

En la definición anterior hay que destacar cinco (5) ideas o aspectos:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes se pueden referir a “objetos” y “situaciones”
- Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia

Son predisposiciones que necesitan de estímulos socio – culturales. El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el

comportamiento y son “la fuerza motivacional”. Los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos y situaciones y símbolos, por ejemplo, hacia el aborto, la política económica del país, la acreditación, los sistemas de evaluación, los modelos pedagógicos, los diferentes grupos étnicos, la Ley, etc.” (46)

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Si mi actitud hacia la política de acreditación curricular es favorable, lo más seguro es que participaré en su desarrollo e implementación. Si mi actitud es desfavorable a cierto candidato presidencial, lo más probable es que no vote por él en las próximas elecciones. (46)

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero NO la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” o como indicios y no como hechos.

A continuación presentamos algunas definiciones de actitudes según diferentes autores: (12)

- THURSTONE EN SUMMERS, (1976:158). "El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico"
- ALLPORT, M, México 1980, dice que la actitud “Es un estado mental nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica sobre las respuestas del individuo, a toda clase de objeto, y situaciones con las que se relacionan.

- STAT, David (1980), considera que “Las actitudes son fundamentalmente afectivas con alto contenido emocional, y responde a la pregunta que siente de “x”.
- BLAZQUEZ, María (1981), menciona que según lo afirmado por Turstone, “La actitud es el grado de efecto positivo o negativo que se asocia a un objeto psicológico”.
- RODRIGUEZ (1976), luego de examinar los conceptos clásicos de actitudes las define como “ Una organización duradera de creencias y cogniciones, denotadas a una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido que predispone a un acción coherente en las cogniciones y afectos relativos a dichos objetos”.
- PADUA (1982), dice que lo que más cuenta en la interacción humana, es el modo de ser y actuar de cada quien.
- PINILLA (1981), dice que lo que más cuenta en la interacción humana, es el modo de ser y actuar de cada quien.
- LÓPEZ (1999) Dice que es “Predisposición a valorar positiva o negativamente objetos, personas o conductas”. (12)
- El psicólogo CHARLES UCULLAMANA, refiere: “La actitud es cualquier cosa que podamos imaginar, desde algo tan concreto como una mesa o tan abstracto como una idea, esta predisposición no conlleva a una acción inmediata”.(15)
- El Ministerio de Salud define la Actitud como: “El estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”. (15)

COMPONENTES O ELEMENTOS DE LAS ACTITUDES:

Los autores en su diversificación de opiniones consideran que las actitudes tienen 2 o 3 elementos que le dan sustento y direccionalidad. (45)
Estos elementos se relacionan con la referencia de A. Rodríguez quien refiere que:

“las actitudes están compuestas por 3 elementos: El afectivo, cognoscitivo y el conductual”. (45)

Afirmación que también comparte Cimbrad y Ebbeson quienes señalan que:

“El componente afectivo: consiste en la evaluación de la respuesta emocional, el cognitivo está referido al conocimiento factual del objeto y el componente conductual que es la conducta explícita dirigida hacia un objeto o persona”.(45)

Rodríguez Canales plantea:

“ Las actitudes en caso de materializarse, se expresan en conductas o comportamientos que sustentan en base a 2 componentes :Lo cognoscitivo que es la denominación verbal o categoría perceptiva del individuo, lo que piensa, sabe, cree, entiende o conceptualiza o establece un juicio de manera particular, y el componente Afectivo- Emotivo que es el estado de identificación con el objeto, esta respuesta afectiva o emotiva va asociado a categoría cognoscitiva que se forma en base a una experiencia particular o a los contactos que hayan ido ocurriendo placenteras o favorables”.(45)

También tenemos a Daniel Kat (1960), quien observa que estas se componen de los siguientes:

- Cognitivo: Creencia - Descreimiento. Racionalización- o mentalismo.
- Afectivo: Simpatía. Antipatía. Sentimientos-Vivencias.
- Activo (Acción): Disposición a responder.

Carazas Ángel, señala lo siguiente:

“Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo”. (47)

Morales. Señala lo siguiente:

"La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud"

a) Los Componentes Cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.(49)

Son las respuestas de enfermería que evidencian su predisposición a actuar en forma determinada como: Movimiento Postura adecuada, Nutrición, La manera de la administración de los medicamentos, Eliminación, Medidas de protección física, Higiene corporal, ambiente adecuado, etc.

b) Los Componentes Afectivos-evaluativos; son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto

de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...)
Manifiesta tristeza, adopta una conducta evasiva, se siente frustrada.(49)

c) Los Componentes Conativos o comportamental; muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.(49)

La enfermera llama al paciente por su nombre, mira al paciente cuando le habla, escucha al paciente, mantiene una comunicación constante con la paciente y la familia, favorece las relaciones positivas del paciente con su entorno, etc.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente

Por otra parte es conveniente insistir que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes), no significa de ninguna manera que la actitud pierda su carácter de variable unitaria. Como ya se ha señalado, la actitud es la condición interna de carácter evaluativo y tal como indican diversos autores las respuestas cognitivas, afectivas y conativas no son más que su expresión externa.

LAS FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

El Grupo de Investigación Edefísica señala:

“En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están

en la base de los procesos cognitivos-emotivos propuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones.

- De conocimiento. Las actitudes pueden actuar como esquemas o filtros cognitivos. Un prejuicio hacía, por ejemplo, los chinos, puede bloquear el conocimiento de aspectos muy positivos que se presenten; nos quedaremos sólo con lo negativo. En ocasiones, para medir las actitudes se pueden presentar situaciones hipotéticas para ver como la actitudes filtra la adquisición de conocimientos.
- De adaptación. Las actitudes nos permiten adaptarnos e integrarnos en los grupos sociales. Para poder pertenecer a un grupo, he de pensar y hacer lo más parecido posible a las características del grupo.
- Ego defensiva. Podemos desarrollar actitudes para defendernos ante determinados objetos. Ante objetos que percibimos amenazantes, desarrollamos actitudes negativas para preservar el yo. Ejemplo: “el profe me tiene manía” como defensa ante mi incapacidad o irresponsabilidad.
- Expresiva. Las actitudes nos permiten mostrar a los otros nuestra identidad (qué somos y como somos). Se define “valor” como el conjunto de actitudes ante un objeto.” (48)

LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES

Las actitudes de forma general podemos caracterizarla a través de los siguientes rasgos distintivos:

- Dirección es la dirección de la actitud que puede ser positiva o negativa.
- Magnitud es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud.
- Intensidad es la fuerza del sentimiento asociada con la actitud.

- Centralidad se refiere a la preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto. Algunas características de las actitudes como su origen también van a tener importancia en la relación actitud--- comportamiento.(46)

La intensidad de las actitudes es otra variable implicada en la relación actitud- comportamiento, la cual está determinada por tres componentes:

1) Su importancia.

Existen tres factores que pueden jugar un papel clave en la determinación de la importancia de la actitud (Boninger, Krosnick, & Berent, 1995):

- El interés propio,
 - La identificación social, cuanto mayor es la medida en la que una actitud está mantenida por grupos en los que se identifica un individuo, mayor es su importancia y,
 - Conexión entre actitud y los valores, cuanto más estrechamente esté conectada una actitud a los valores personales de un individuo, mayor es su importancia.
- 2) Su conocimiento (cuánto sabe un individuo acerca del objeto de la actitud).
- 3) La accesibilidad (hasta qué punto la actitud viene fácilmente a la mente en diversas situaciones).

En general, cuanto más intensa es una actitud, más fácilmente nos viene a la mente.

No sólo las actitudes intensas ejercen un mayor impacto sobre el comportamiento, también son más resistentes al cambio, son más estables a través del tiempo, y tienen mayor impacto en diversos aspectos de la cognición social. (15)

FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva. (46)

- Teoría del aprendizaje: Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.
- Teoría de la consistencia cognitiva: Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí. (48)
- Teoría de la disonancia cognitiva: Esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. (48)

Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. Las actitudes no pueden observarse, se valoran por medio de escalas:

- Thurstone (1928)
- Likert (1932)
- Osgood (diferencial semántico), La escala de Guttman". (45)

TÉCNICA DE ESCALAMIENTO DE LIKERT

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de proposiciones o “juicios” ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se entrevista. A cada ítem, punto o categoría se le asigna un valor numérico, así un sujeto obtiene una puntuación respecto a “la afirmación o juicio” y al final se obtiene una puntuación final sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones o juicios. (45)

Aignerren, Miguel cita lo siguiente:

“Diseños Cuantitativos

(5) Muy de acuerdo - (4) De acuerdo – (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo - (2) En desacuerdo - (1) Muy en desacuerdo.

El Nº de categorías se acorta o se incrementa de acuerdo a la capacidad de “discriminación” de los entrevistados.

- Formas de administración de la escala de Likert: Auto-administrada y La Entrevista
- Sumar los valores de las respuestas por separado, usando para ello los valores numéricos asignados a cada categoría de respuesta. (46)

Supuestos de la escala de Likert

- Cada ítem o preposición cubre todo el continuo de la actitud desde un polo positivo (completamente de acuerdo) hasta el polo negativo (completamente en desacuerdo).
- En una escala se debe indicar puntos específicos de respuestas alternativas a cada declaración (de acuerdo, indiferente o en desacuerdo)
- A cada categoría de respuesta se le debe asignar un valor, por ejemplo: 1, 2, 3, 4, 5 o 1, 2, 0, -2, - 3

- La actitud de una persona puede ser determinado por la suma de sus respuestas a todas las declaraciones de la escala.
- Cada ítems o proposición deben expresar una cuestión debatible. No un hecho incuestionable.
- Cada proposición debe ser pertinente de la variable que se quiere medir.
- Evítese el doble sentido: la proposición debe tener sólo una interpretación.
- Evítese las proposiciones que contengan conceptos abstractos, de múltiple comprensión o que influyan en la respuesta.
- Cada proposición debe ser exhaustiva (completa en cuanto expresar una actitud definida hacia un asunto único).
- Cada proposición debe contener respuestas que sean realmente excluyentes una de otras”. (41)

2.3 DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

CUIDADO PALIATIVO

Es el cuidado que se brinda al paciente con enfermedad terminal abarca cuidados integrales desde el control de síntomas dentro de sus dimensiones físicas, psicoemocionales y espirituales; de la enfermera al paciente también la preparación de la familia al proceso de duelo.

PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

Es aquel paciente que presenta un pronóstico reservado, sin posibilidad de cura o prolongación de enfermedad no más de 6 meses.

CONOCIMIENTO HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje el cual se refleja en la argumentación que se tiene del mismo.

ACTITUD HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINA

Es un estado de disposición que tiene la persona, a partir de las vivencias, valores y creencias; que orienta y dirige su respuesta ante determinados acontecimientos que se tiene del mismo.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo porque las variables son susceptibles a cuantificación, de nivel aplicativo ya que los resultados son beneficiosos para enfatizar y realizar los cuidados paliativos en la enseñanza a los estudiantes de la especialidad de enfermería, el método utilizado es descriptivo ya que nos permite mejorar la información total y como se obtuvo de la realidad, de corte transversal porque implica la obtención de datos en un momento específico.

3.2 SEDE DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina, escuela académico de enfermería (EAP), unidad de post grado; ubicado en la avenida Grau 775 perteneciente al distrito de cercado de Lima.

La EAP de enfermería unidad de post grado cuenta con docentes contratados, docentes nombrados, los que están distribuidos en distintas categorías y agrupados al interior del Departamento Académico de Enfermería (D.A.E), así mismo la EAP de enfermería y el Departamento cuentan con un secretario administrativo y un personal de limpieza.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población considerada para el trabajo de investigación está conformada por un total de 121 estudiantes de la especialidad de enfermería IV ciclo matriculados en el año académico 2014 de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Estudiantes de la especialidad de enfermería IV ciclo matriculados en el año académico 2014 de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

3.5 MUESTRA Y MUESTREO

De la población anterior se procedió a obtener una muestra significativa. Utilizando la fórmula estadística según distribución de muestreo probabilístico estratificado:

Dónde:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot pq}{d^2(N-1) + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot pq}$$

N = 125 estudiantes

α = Nivel de significancia (0.05)

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = Valor esperado del nivel de confianza de 95% (1.96).

d = Error permitido (0.055)

p = Proporción esperada (0.50)

q = $1 - p$ (Probabilidad de no ocurrencia $1 - 0.50 = 0.50$)

$$n = \frac{125 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,055^2 \times (125 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 89.9$$

Luego el tamaño de la muestra obtenida es:

n= 90

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de IV ciclo de la unidad de Postgrado matriculados en el año académico 2014
- Estudiantes pertenecientes a las siguientes especialidades:
 - Enfermería en Centro Quirúrgico.
 - Enfermería Cardiológica.
 - Enfermería en Emergencias y Desastres.
 - Enfermería Intensivista.
 - Enfermería Oncológica.
 - Enfermería en Nefrología
 - Enfermería en Neonatología.
- Estudiantes de la especialidad con asistencia regular a cursos de especialidad que no sobrepase el porcentaje de inasistencia reglamentaria.
- Estudiantes de la especialidad que den consentimiento informado para participar en el estudio.

3.6.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes con asistencia irregular.
- Estudiantes que no deseen participar en el estudio
- Estudiantes pertenecientes a las siguientes especialidades:
 - Enfermería en Salud Pública
 - Enfermería en Salud Mental

No se consideró a este grupo de estudios por no ser considerados dentro del grupo del campo hacia cuidados paliativos y no presentar alumnado del semestre actual como en el caso de psiquiatría y pediatría.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó como técnicas de recolección de datos:

- Cuestionario estructurado para medir conocimientos hacia cuidado paliativo del paciente terminal de los estudiantes de la especialidad de enfermería.
- Escala de Lickert modificado para medir las actitudes de los estudiantes de la especialidad de enfermería.

El instrumento está estructurado de la siguiente manera: la primera parte consta de la introducción donde se menciona la presentación, los objetivos; la segunda parte consta de las instrucciones previas y los datos generales; y en la tercera parte se encuentra el contenido propiamente dicho el cuestionario estructurado y la escala de Lickert.

El cuestionario fue elaborado por la autora en base a distintas bibliografías sobre el tema, desarrollado de acuerdo al marco teórico y la operacionalización de variable que lo sustentan, en cuanto a conocimiento de la presente investigación, consta de 16 preguntas: 4 preguntas sobre Cuidado Paliativo, 4 preguntas sobre Paciente con Enfermedad Terminal y 8 preguntas sobre Control de Síntomas.; cuya medición es: Conocimiento Alto, Medio y Bajo respectivamente, con el objetivo de identificar sus conocimientos.(VER ANEXO "I")

La escala de Lickert la más apropiada para medir las actitudes de los estudiantes de la especialidad de enfermería de la UNMSM cuya medición será favorable, medianamente favorable y desfavorable, con el objetivo de identificar actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente terminal.

Se modificó algunos ítems ya que se recolectó la información de dos escalas de Lickert ya estructuradas de la investigación de LARICO BARRIENTOS Stefani Ethell. 2009. Lima. Titulado: "Actitudes de los

Estudiantes De Enfermería De La Universidad Nacional Mayor De San Marcos Hacia El Cuidado Paliativo Del Paciente Terminal. (12)

Así como de BARRERA ROJAS, Yasmina Paola.2008.Lima .Titulado: “Actitud de la enfermera hacia el cuidado paliativo del paciente oncológico en fase terminal en el servicio de la clínica de INEN. (15)

La escala de Lickert también fue modificado de acuerdo a la operacionalización de variables con un total de 39 ítems (21 ítems en dirección positiva y 18 ítems en dirección negativa), considerando los aspectos básicos de dimensiones de las variables: 12 en Dimensión Física, 15 en Dimensión Psicoemocional y 12 en Dimensión Espiritual. (Ver ANEXO “J”), cuya medición es: favorable, medianamente favorable y desfavorable. Con el objetivo de identificar sus actitudes.

El instrumento fue elaborado considerando los aspectos básicos de las dimensiones de cada variable luego de su operacionalización siendo sometido a validez a través de apreciación de juicio de expertos entre ellos: (1) Lic. En Psicología, (4) Lic. Enfermería que laboran en áreas de pacientes con enfermedad terminal (3) Médicos de especialidad en geriatría docentes en investigación que en base a sus sugerencias y observaciones se realizaron los ajustes necesarios luego de la prueba binomial en la tabla de concordancia. (Ver ANEXO “D”).

Para darle confiabilidad al instrumento se realizó la prueba piloto en 15 estudiantes que reunían las mismas características de la población con la finalidad de conocer si los enunciados establecidos conducían al logro de los objetivos propuestos; lo que permitió hacer las correcciones necesarias para la elaboración del instrumento final.

3.8 PLAN DE RECOLECCION, PROCEDIMIENTOS Y PRESENTACION DE DATOS

Para recolección de datos, se realizó los siguientes pasos:

-Se envió un oficio a la Coordinadora de la Unidad de Post-Grado de la especialidad de enfermería, en la que se solicita permiso para la ejecución del estudio.

-Se envió un oficio a cada profesora responsable de cada curso de la especialidad para su colaboración en la aplicación del instrumento.

Una vez terminado los trámites administrativos se inició la recolección de datos entre el mes de noviembre y diciembre 2014, aplicándose el instrumento a la muestra de estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería, haciendo hincapié de ser voluntario a través de un Consentimiento Informado y dándoles a conocer los objetivos, así como su discreción en el estudio.

Se realizó seguimiento de horarios de estudio para la recolección de información.

El procesamiento de datos se realizó de la siguiente manera:

Se procedió al vaciado en una sábana estadística o matriz de contenido, mediante el paloteo según codificación que establece en correspondencia con las reglas de juego definido para su medición, cuya puntuación por ítem corresponde las respuestas dadas por los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería asignándoles el siguiente puntaje en cuanto a conocimientos (Ver ANEXO "H" e "I")

CONOCIMIENTO	VALOR DE LA ESCALA
Alternativa correcta	1
Alternativa Incorrecta	0

Tabla A. Escala de valores según dirección conocimientos.

En cuanto a la variable Actitudes la puntuación de los ítems correspondientes a las repuestas de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería asignándoles el siguiente puntaje

AFIRMACIONES POSITIVAS	VALOR DE LA ESCALA
Totalmente de Acuerdo	5
De acuerdo	4
Indeciso	3
En desacuerdo	2
Totalmente Desacuerdo	1

Tabla B Valores de Escala en las afirmaciones positivas del instrumento

Puntuación en cuantas afirmaciones negativas:

AFIRMACIONES NEGATIVAS	VALOR DE LA ESCALA
Totalmente de Acuerdo	1
^a De acuerdo	2
Indeciso	3
^r En desacuerdo	4
^a Totalmente Desacuerdo	5

C. Valores de Escala en las afirmaciones negativas del instrumento.

Se procedió a la elaboración de la escala de clasificación correspondiente basado en la distribución normal. Para hallar la tendencia en forma global y según sus dimensiones a través de la Prueba de Stanones previa. (Ver Anexo “K” y “L”).

Para darle confiabilidad al estudio se aplicó el coeficiente de Kuder de Richardson para conocimiento (Ver ANEXO “E”) y coeficiente de alfa de Crombach para actitud (Ver ANEXO “F”) Con la finalidad de lograr los objetivos propuestos, Los resultados mostraron que el presente estudio es confiables y válido.

La presentación de datos obtenidos se realizó mediante gráficos estadísticos, siendo representados a través de diagrama de barras.

3.9 PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para la obtención de los resultados y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v.21.0, con los datos obtenidos en los gráficos estadísticos; también se realizó un análisis descriptivo y contrastación con el marco teórico siendo favorables las deducciones y conclusiones del presente estudio.

3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente trabajo se consideró los siguientes principios éticos:

El principio de la libertad y la responsabilidad; libertad de decidir voluntariamente a formar parte del proyecto mediante un consentimiento informado asegurándoles la confidencialidad y la utilidad de la información para la investigación. (Ver ANEXO” B”)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

DATOS GENERALES

El instrumento se aplicó a 90 estudiantes de enfermería IV ciclo de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, entre los cuales 81(90%) eran mujeres y 9(10%) hombres.

La edad estaba comprendida entre los 25 a 50 años, 62(68.9%) de los estudiantes tenían edades entre 25 a 30 años, 21(23.3%) entre 31 a 35 años, 1(1.1%) entre 36 a 40 años y 6(6.7%) de 41 a 50 años de edad.

En relación al estado civil, 64(71.1%) eran solteros, 16(17.8%) casados y 10(11.1%) convivientes; siendo además según religión 82(91.1%) católicos y 8(8.9%) de otras religiones.

Respecto a si tienen especialidad, 70(77.8%) no tienen especialidad aun, pero 20(22.2%) si lo tienen, entre ellos todos estudian actualmente una especialidad y en referencia a experiencia en la atención, 79(87.8%) ya han atendido a más de un paciente y 11(12.2%) a solo uno.

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DATOS PERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE
IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR
DE SAN MARCOS.
LIMA-PERU
2014**

SEXO	n	%
	90	100
Femenino	81	90
Masculino	9	10
EDAD	n	%
	90	100
25 – 30	62	68.9
31 - 35	21	23.3
36 - 40	1	1.1
41 – 50	6	6.7
ESTADO CIVIL	n	%
	90	100
Casado	16	17.8
Conviviente	10	11.1
Soltero	64	71.1
RELIGIÓN	n	%
	90	100
Católico	82	91.1
Otros	8	8.9
TIENE ESPECIALIDAD	n	%
	90	100
Si	20	22.2
No	70	77.8
ESPECIALIDAD QUE ACTUALMENTE ESTUDIA	n	%
	90	100
UCI	17	18.9
Neonatología	11	12.2
Nefrología	16	17.8
Emergencia	18	20
Centro Quirúrgico	12	13.3
Oncología	11	12.2
Cardiología	5	5.6
EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	n	%
	90	100
Un paciente	11	12.2
Más de un paciente	79	87.8

Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

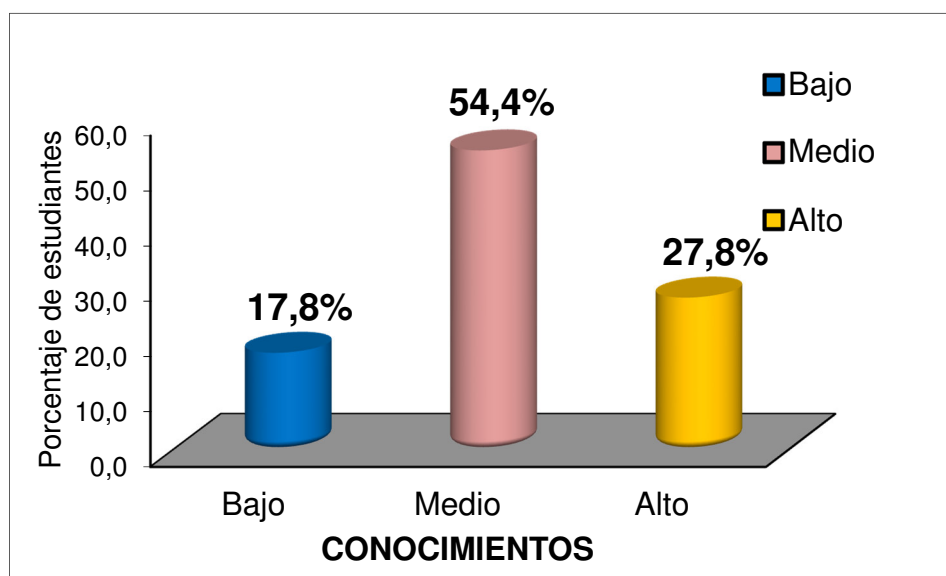
DATOS ESPECIFICOS

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTOS HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

LIMA-PERU

2014



Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

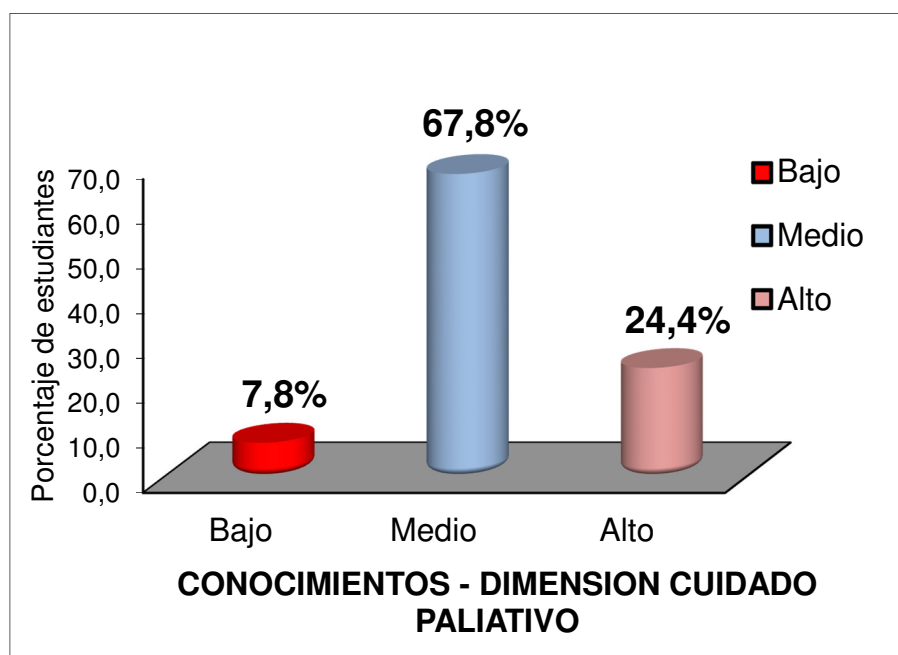
Se observa en el Gráfico N° 1, que del total de estudiantes de IV Ciclo de la especialidad de enfermería encuestados sobre el conocimiento hacia el cuidado paliativo del paciente terminal el 54.4% tienen un nivel medio, el 27.8% nivel alto y el 17.8% un nivel bajo en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 2

CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSION CUIDADO PALIATIVO DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

LIMA-PERU

2014

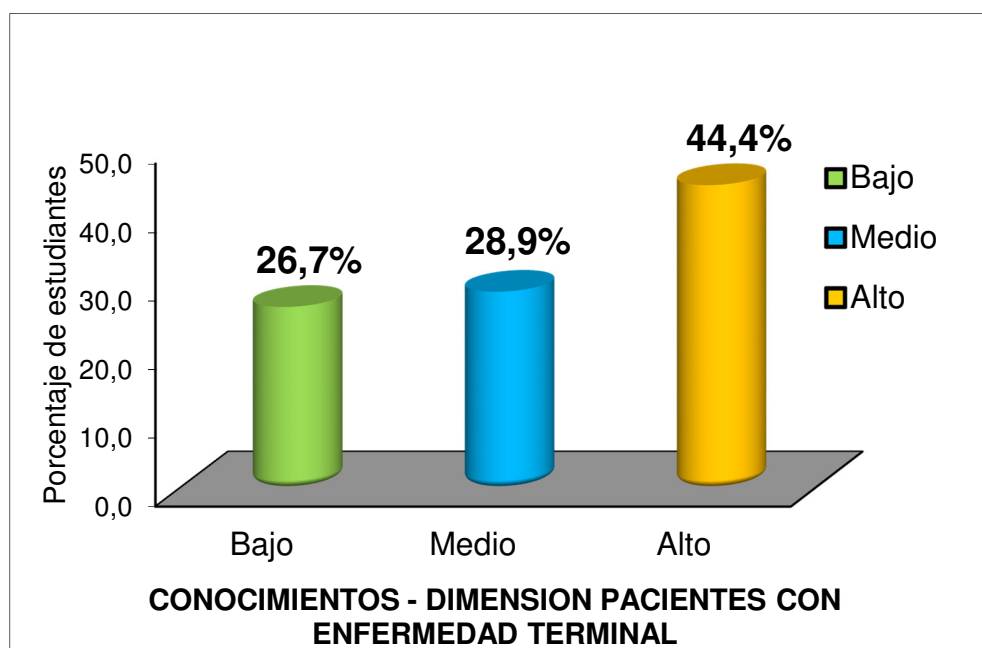


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

Se observa en el Gráfico N° 2, que del total de estudiantes encuestados sobre conocimiento de la dimensión cuidado paliativo del paciente terminal, el 67.8% tienen un nivel medio de conocimientos, el 24.4% nivel alto y el 7.8% un nivel bajo en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 3

**CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSION PACIENTES CON ENFERMEDAD
TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
LIMA-PERU
2014**

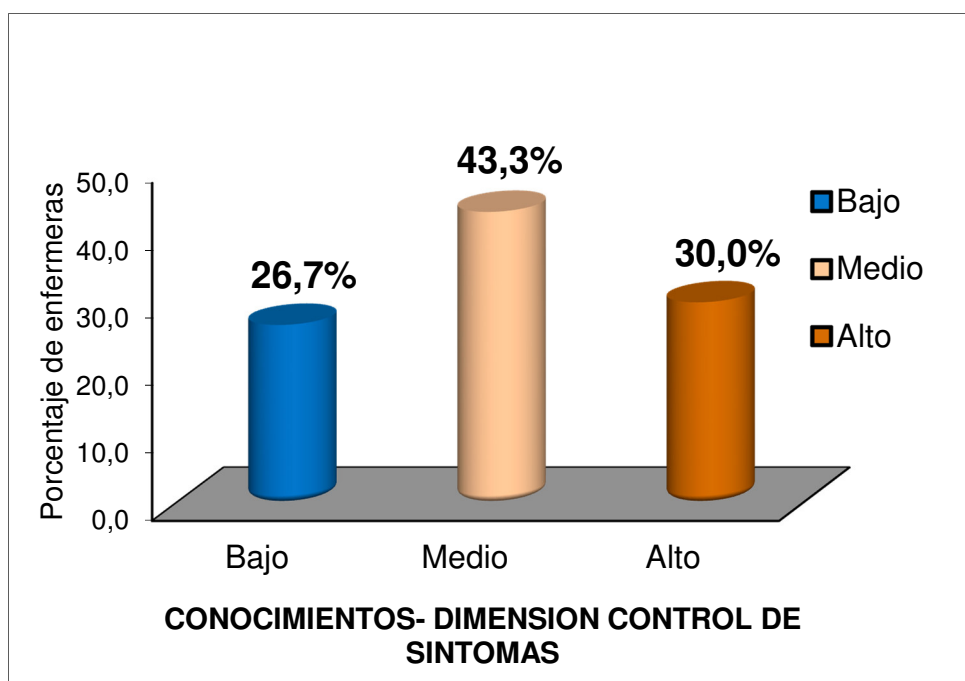


*Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS.
2014*

En el Gráfico N° 3, se tiene que, del total de estudiantes encuestados sobre conocimientos en la dimensión paciente terminal, el 44.4% tienen un nivel alto de conocimientos, el 28.9% nivel medio y el 26.7% un nivel bajo en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 4

**CONOCIMIENTOS EN LA DIMENSION CONTROL DE SINTOMAS DE
LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD
DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
MAYOR DE SAN MARCOS
LIMA-PERU
2014**



Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

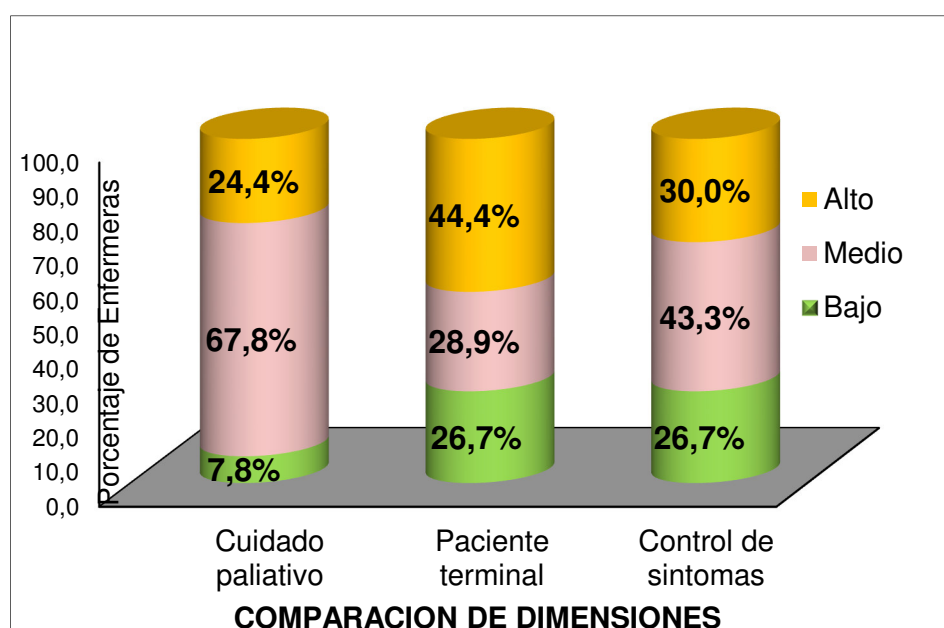
En el Gráfico N° 4, se tiene que del total de estudiantes encuestados sobre conocimientos en la dimensión control de síntomas del paciente con enfermedad terminal, el 43.3% tienen un nivel medio de conocimientos, el 30% nivel alto y el 26.7% un nivel bajo en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 5

CONOCIMIENTOS EN COMPARACIÓN DE DIMENSIONES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

LIMA-PERU

2014

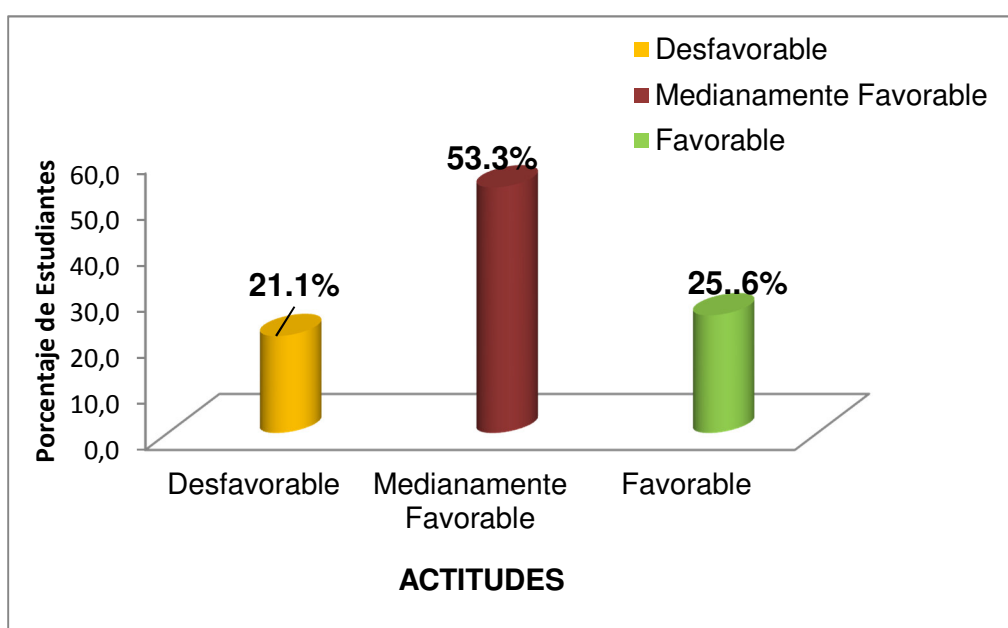


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

En el Gráfico N° 5, según el total de estudiantes encuestados sobre conocimiento hacia cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal, estos consideran que nivel medio tiene mayor porcentaje (67.8%) en la dimensión de cuidado paliativo y de nivel más alto (44.4%) en la dimensión de Paciente terminal.

GRÁFICO N° 6

ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. LIMA-PERU 2014

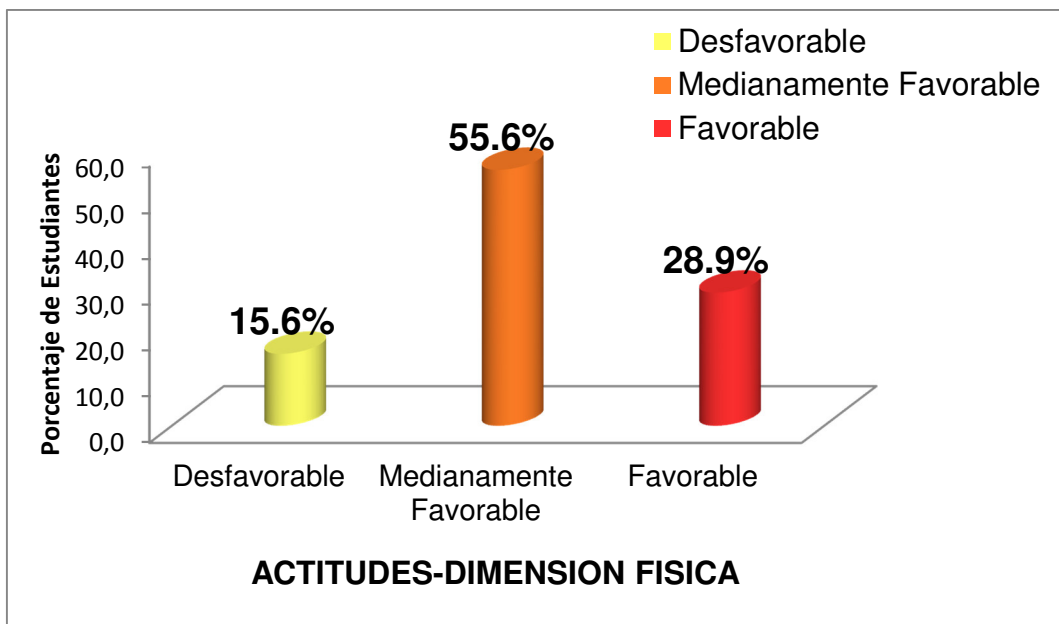


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

Se observa en el Gráfico N° 6, que del total de estudiantes encuestados sobre las actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal el 53.3% tienen actitudes medianamente favorables, el 25.6% favorable y el 21.1% desfavorable, en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 7

ACTITUDES EN LA DIMENSION FISICA DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERU 2014

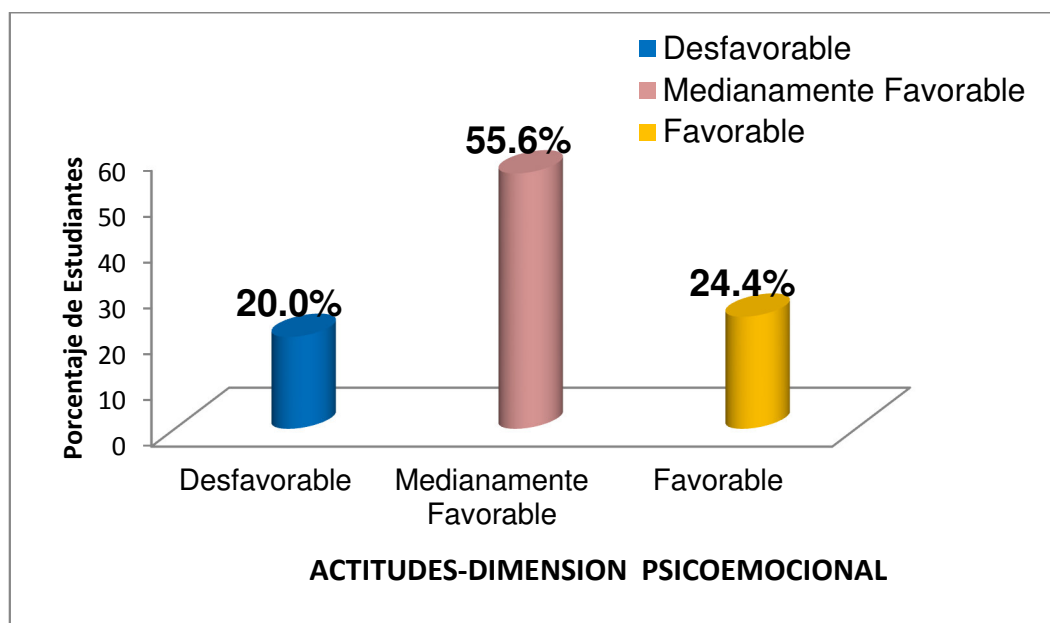


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

Se observa en el Gráfico N° 7, que del total de estudiantes encuestados sobre las actitudes en la dimensión física del cuidado paliativo del paciente terminal el 55.6% tienen actitud medianamente favorable, el 28.9% favorable y el 15.6% desfavorable, en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 8

ACTITUDES EN LA DIMENSION PSICOEMOCIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERU 2014

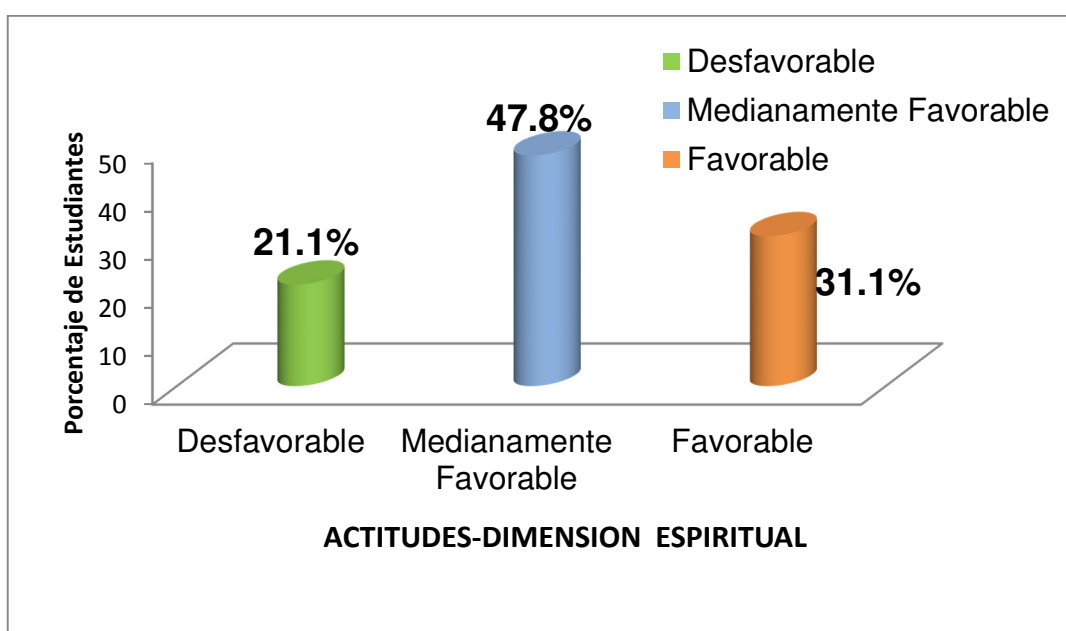


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

En la Gráfico N° 8, se tiene que del total de estudiantes encuestados sobre las actitudes en la dimensión Psicoemocional del cuidado paliativo del paciente terminal el 55.6% tienen actitud medianamente favorable, el 24.4% aceptación y el 20% rechazo, en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 9

**ACTITUDES EN LA DIMENSION ESPIRITUAL DE LOS ESTUDIANTES
DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
MAYOR DE SAN MARCOS
LIMA-PERU
2014**

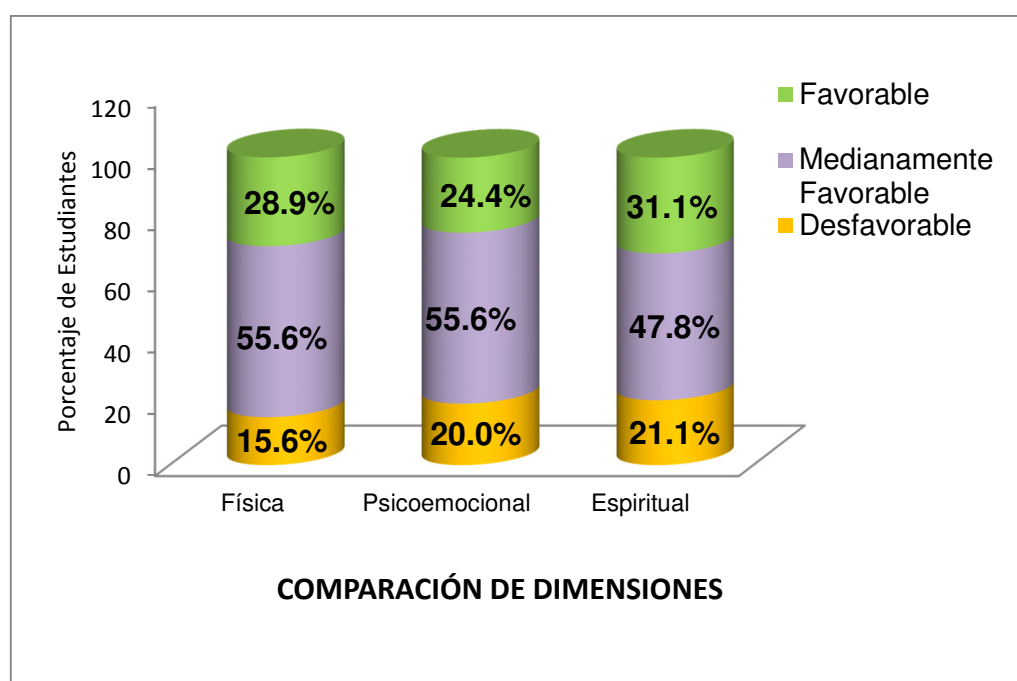


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

En el Gráfico N° 9, se tiene que del total de estudiantes encuestados sobre las actitudes en la dimensión espiritual del cuidado paliativo del paciente terminal el 47.8% tienen actitud medianamente favorable, el 31.1% favorable y el 21.1% desfavorable, en el IV ciclo de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GRÁFICO N° 10

COMPARACIÓN DE DIMENSIONES DE ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014



Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Gráfico N° 10, el total de estudiantes encuestados sobre actitudes del cuidado paliativo del paciente terminal, consideran que la actitud desfavorable tiene mayor porcentaje (55.6%) en las dimensiones física y psicoemocional y mayor actitud favorable (31.1%) en la dimensión espiritual.

4.2 DISCUSIÓN

Según la tabla N 1 encontramos que la mayoría de estudiantes son mujeres sus edades oscilan entre 25- 30 años, solteras y católicas.

En el gráfico N°1 y 3, en cuanto a Conocimientos se halló: que los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería presenta conocimiento medio respecto al Cuidado Paliativo, siendo medio en las Dimensiones Cuidado Paliativo y Control de Síntomas Y Alto en cuanto Dimensión Enfermedad Terminal .Tal como los resultados de Soto Rodríguez, Ana; en Conocimiento del Personal de enfermería sobre el cuidado del paciente en etapa de muerte; realizado en la Institución de San Juan. Puerto Rico.2011. Que encuentra el conocimiento medio, (regular) en el personal de enfermería, con mayor porcentaje en comodidad y apoyo, controlar el dolor y administrar medicamentos, mientras que en el tema de cuidados paliativos desconoce. (13)

Sin embargo los estudios de Castillo Gil, Estefany Fernanda; Vásquez Saavedra, Leydi Soledad. En Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo. 2012 reflejan que: “Las enfermeras no brindan cuidados paliativos en su totalidad, pero lo hacen abarcando algunas dimensiones que este posee a pesar de no contar con un equipo de salud formalmente constituido. (11)

Por lo tanto el conocimiento de las estudiantes de enfermería requieren reforzamiento ya que el conocimiento adquirido en los cuidados paliativos; se valorizan alcanzan y mantienen un nivel óptimo de control de los síntomas y a todo lo que conlleva en cuanto a sus dimensiones físicas, psicoemocionales y espirituales. Esto exige una evaluación cuidadosa de cada persona enferma, considerando su historia detallada, su examen físico y otras indagaciones.

D. Oren en su teoría del autocuidado con respecto al tema nos da a entender que el cuidado paliativo acontece cuando existe una situación de salud que debe paliarse (mitigarse, atenuarse o suavizarse), patológica o no, de la que no se espera mejoría y que irrevocablemente desencadena la muerte. (22)

Esta situación se convierte en un factor condicionante de especial relevancia, pues condiciona la agencia de autocuidado (la capacidad para cuidarse a uno mismo), con una evolución limitante, y la demanda de autocuidado (la cantidad de cuidados que cada quien requiere en un momento determinado) con una evolución en aumento tanto por el número como por su complejidad.

En el presente estudio los conocimientos son medios; Las instituciones como el Consejo Internacional de Enfermería (2000) confían en la educación que posee el personal de enfermería para atender a los pacientes en etapa de muerte. Cabe señalar que son estudiantes de postgrado en camino a segunda especialización y por ser la enfermera vital para el manejo de cuidados paliativos ya que se encuentra ella el mayor tiempo con el paciente posea un conocimiento amplio en beneficio del paciente y familia y facilite la calidad de cuidado en el proceso del cuidado paliativo hasta el final de sus días.

En el gráfico N°3, encontramos que el conocimiento es alto en cuanto a la dimensión de paciente con enfermedad terminal. La población de enfermería investigada, identifica a dichos pacientes el tener condición potencialmente limitante de la vida o con peligro de muerte. Pacientes que tengan síntomas tanto físicos como psicosociales graves; pacientes con preocupaciones sociales o espirituales que afecten a su vida cotidiana de forma importante.

En cuanto a actitudes se halló: en el gráfico N° 6 la mayoría de estudiantes presentan una actitud medianamente favorable con respecto al tema y en los gráficos N°7, 8 Y 9 sus dimensiones físicas, psicosociales y espirituales también.

Según Larico Stephany, investigación que realizó a estudiantes de pre grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2009. señala que: La mayoría de los estudiantes (62.16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. En cuanto a sus dimensiones: en dimensión física del cuidado paliativo, la mayoría de los estudiantes (63.52%) presentaron una actitud de indiferencia. En la dimensión psicoemocional del cuidado paliativo, la mayoría presentó una actitud de indiferencia y en la dimensión espiritual del cuidado paliativo, la gran mayoría (77.03%) presentó una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal". (12)

En el presente estudio la actitud es medianamente favorable en estudiantes de enfermería de IV ciclo de la especialidad de post- grado. Si enfermería no presenta una actitud favorable, positiva, y sensibilidad ante el cuidado paliativo no podrá identificar las necesidades del paciente para que el proceso de muerte sea uno de calidad, con dignidad y sin sufrimiento puesto que se dedica a mitigar las necesidades físicas.

Según THURSTONE EN SUMMERS: "El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico". (12)

Al respecto los autores Rattia, T. y Suarez. E., refieren: "Una actitud de aceptación permitirá que la enfermera ejecute con habilidad y paciencia las acciones planificadas, dado que en el paciente terminal algunas sensaciones adquieren mayor relevancia al disminuir la independencia y la fuerza física, como consecuencia del padecimiento, que es lo que determina en último término el curso y la velocidad de la degeneración irreversible del funcionamiento biológico como: la pérdida del tono muscular, la disminución progresiva de la peristalsis, de la temperatura corporal y de la circulación junto con la aparición de la dificultad respiratoria y la alteración de los sentidos". (12)

En la tabla N° 1 y Anexos: M, N, O Y P; ante el cruce de información con respecto a sus conocimientos y actitudes. Los estudiantes en su mayoría jóvenes, solteros y católicos muestran conocimiento medio y en los anexos: Q, R y S y T; La actitud es medianamente favorable, en su atención a más de un paciente con enfermedad terminal. En el anexo: U y V observamos que el conocimiento es alto y actitud favorable en estudiantes de la especialidad de nefrología.

Estos resultados nos muestran que el conocimiento se va incrementando de acuerdo a su experiencia con la tendencia a subir. Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos; cambios que se observarán en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido.

En el anexo “U”; como ya mencionamos, encontramos que la especialidad de nefrología presenta un mayor porcentaje en conocimiento alto, luego oncología que presenta conocimiento medio, pero con tendencia a subir ya que muestra un porcentaje de igual proporción. Las demás especialidades como: UCI, Neonatología, Centro Quirúrgico, Cardiología muestran conocimiento medio y la especialidad de emergencia conocimiento bajo.

Como reflexión, el crecimiento exponencial que los cuidados paliativos han experimentado en los últimos años intenta dar respuesta al incremento del número de personas que los necesitan en las diferentes especialidades.

En el anexo “V”; observamos que la especialidad de nefrología también presenta actitud favorable de igual proporción con actitud medianamente favorable, mientras que las otras especialidades como neonatología, emergencia, centro quirúrgico, UCI muestran actitud medianamente favorable y la especialidad de cardiología actitud de desfavorable.

Por lo tanto, en la presente Investigación no existe una relación significativa entre conocimientos y actitudes de los estudiantes de la especialidad sobre el tema, la enfermera puede saber conocer sobre el tema, pero si no presenta una actitud favorable a beneficio del paciente poco se puede hacer para aliviar su sufrimiento.

Según José Antonio Marina y Jesús Madrid Soriano: “De la misma manera que todos ejercemos una función comunicativa-educativa- por omisión- así ejercemos una acción curativa, apaciguadora, fortalecedora, estimulante, o todo lo contrario”.

La complejidad del trabajo en cuidados paliativos requiere de la colaboración de un equipo de profesionales capaces de lograr objetivos comunes, e allí enfermería de acuerdo a su juicio con conocimiento científico y actitud aceptable y favorable con respecto al paciente, presentaría una mejor propuesta a beneficio del cuidado paliativo del paciente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La mayoría de estudiantes de IV ciclo de especialidad de enfermería (54.4%) tienen un nivel medio en conocimientos y (53.3%) tienen actitud medianamente favorable hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal. No obstante, es importante el conocimiento y la actitud.

La enfermera lleva cuidando desde siempre a pacientes en situación avanzada y al final de la vida, y ha prestado desde su perspectiva una atención integral tanto al paciente como a su entorno, pero quizá, la imposición del modelo biomédico del último siglo ha impregnado a nuestra profesión indecisión ante la atención del paciente con enfermedad terminal y al final de la vida separándola de su propia esencia.

El consejo Internacional de Enfermería afirma que “La función de la enfermería es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales.

- En la dimensión conocimientos en cuidados paliativos el (67,8%) de estudiantes de IV ciclo de especialidad de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio.

Conocemos que la enfermera es uno de los pilares más importantes en el campo de la salud en cualquier país, pero es cierto que el proceso de profesionalización es distinto. Ante el cuidado paliativo el objeto de saber y del que hacer principal de enfermería. Incluye la generación y aplicación de conocimiento y validación social; estos conceptos son básicos en la filosofía de los cuidados paliativos.

- En la dimensión conocimientos en paciente con enfermedad terminal el 44.4% de estudiantes de IV ciclo de especialidad de enfermería tiene un nivel de conocimiento alto.

La enfermera reconoce al paciente en sus fases de enfermedad terminal, la escala de Kubler Ros en la familia, no obstante, el proceso de la enfermedad, de la dependencia y del propio morir no son iguales en el cáncer que en una insuficiencia cardiaca, que en la demencia avanzado que el coma vegetativo, entre otros.

Los estudiantes de la especialidad de IV ciclo sobresalen en estos conocimientos. Kubler Ross: “Es la puerta de la comprensión de la Naturaleza humana, de la lucha y supervivencia humana y, en última instancia, en su evolución espiritual muestra las claves del PORQUE y el DONDE y la finalidad última de la vida con todos sus sufrimientos y toda su belleza”.

- En la dimensión conocimientos en el control de síntomas. El (43,3%) de estudiantes de IV ciclo de especialidad de enfermería tiene un nivel de conocimiento medio.

El conocimiento del significado que hay detrás de un síntoma nos ayudará a realizar un abordaje más precoz enfocado a su alivio, no solo al paciente, sino que también a la familia, el apoyo emocional, la comunicación, apoyo psicosocial y espiritual que traduce a una mejor calidad de vida.

- Los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería muestra un nivel de conocimiento medio con un (67,8%) en la dimensión Cuidado Paliativo, de nivel más alto (44.4 %) en la dimensión de Paciente Terminal y un nivel de conocimiento medio con un (43.3%) en la dimensión de control de síntomas.

El conocimiento nos empodera a la elaboración de un buen Plan de cuidados Paliativos que irá dirigido al paciente con enfermedad terminal. Acompañando al enfermo en todo el proceso de su enfermedad.

La enfermera tiene la noción de cuidado paliativo y control de síntomas, conoce sobre paciente con enfermedad terminal. Idealmente, el conocimiento nos empodera a la elaboración de un buen Plan de cuidados Paliativos que irá dirigido al paciente con enfermedad terminal, acompañando al enfermo en todo el proceso de su enfermedad.

- En la dimensión física la mayoría de estudiantes con un (55,6%) muestra actitud medianamente favorable hacia cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal.

En cuanto actitudes muchas veces tenemos dudas sobre qué actitud tomar, esta decisión no debe ser resultado de nuestro estado de ánimo o conveniencia ni de intuición. Solo una reflexión prudente discutida con otros miembros del equipo y de acuerdo a las preferencias del paciente.

- En la dimensión psicoemocional la mayoría de estudiantes con un (55.6%) muestra actitud medianamente favorable hacia el cuidado paliativo del paciente.

La comunicación de enfermería el respeto a su autonomía a sus creencias, valores, costumbres la omisión de la verdad es éticamente reprobable y crea un clima de desconfianza, siempre respetando su voluntad, en el momento oportuno, facilitando un clima adecuado para la expresión de emociones. La actitud

medianamente favorable en profesionales de enfermería genera desconfianza ante el cuidado.

- En la dimensión espiritual el (47,8%) de estudiantes de la especialidad hacia el cuidado del paciente con enfermedad terminal muestran una actitud medianamente favorable.

La enfermedad deteriora el cuerpo, amenaza la estabilidad de relaciones sociales en el que se ha ido construyendo la persona e integridad del mismo, así construye su modo de ser en la vida, su biografía y esta puede estar orientada a una creencia o religión. Y es aquí que cuando se ve amenaza su identidad construida a lo largo de su vida su expresión se muestra desesperante, con temor y ansiedad, este sufrimiento al que no se responde oportunamente .al intentar reconciliar a la persona conciliar a la persona consigo misma y en paz. Se trata sobre actitudes en cuidados paliativos.

5.2 LIMITACIONES

- Los resultados y las conclusiones solo son válidos al grupo investigado y no se generaliza a otras poblaciones.
- El grupo investigado no se encontró en primera instancia, teniéndose que realizar continuas visitas para la recolección de información.
- La validez de las preguntas del cuestionario para recolectar nuestros datos.

5.3 RECOMENDACIONES

- La construcción de competencia y confianza entre los profesionales será un elemento esencial tanto para las enfermeras generales como especialistas o expertas.

- La formación de los profesionales especialistas en diferentes áreas en cuanto a cuidados paliativos del paciente con enfermedad terminal, es de conocimiento medio y de actitud de indecisión; el cual se debe incluir el aprendizaje de cuidados paliativos en la formación de los especialistas para conseguir un nivel alto de conocimiento o de aceptación.
- Mejorar las habilidades para la comunicación con el paciente y sus familiares, así como desarrollar actitudes positivas ante el cuidado paliativo que son la base de una atención integral y de calidad de las personas que no podemos curar, pero a las que tenemos la obligación de cuidar.
- Desarrollar investigaciones sobre el tema ya que nos permiten obtener datos reales sobre la situación actual sobre el cuidado en diferentes etapas de formación en enfermería.
- Incluir dentro de la curricula de estudios el tema cuidados paliativos ya que el cuidar es la esencia de enfermería desde que nace la persona hasta su muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Asociación Española contra el cáncer, Cuidado Paliativo. [Internet]. [Citado el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- (2) Sarmiento M. El Cuidado Paliativo: Un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. [Internet]. [Citado el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero2/cuidado_revista_salud_bosque_vol1_num2.pdf
- (3) García T, Carretero Y, Monleón M, Martínez B. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. [Internet]. [Citado el 13 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.diegomarin.net/shop/es/412736-enfermeria-en-cuidados-paliativos-y-al-final-de-la-vida-9788480867542.html>
- (4) Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. [Internet]. [citado el 11 de enero del 2014]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica.pdf>
- (5) BERENGUEL, María. Sociedad, Estado y los Cuidados Paliativos en el Perú. [Internet]. [Citado el 11 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/5/Programa%20final%20IV%20Congreso%20ALCP-%20Lima,%20Per%C3%BA%202008.pdf>
- (6) Astudillo W. Mendieta C. y Orbegozo A. Presente y futuro de los cuidados paliativos. [Internet]. [citado el 13 de enero del 2014]. Disponible en:

<http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/MEDICINA%20PALIATIVA.pdf/es/>

- (7) GUANTE, Lourdes. Asociación española de enfermería en cuidados paliativos. Cuidados Paliativos. [Internet]. [Citado el 21 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://esecs.edu.pe/diplomado-en-cuidados-paliativos-y-tratamiento-del-dolor/ficha-de-informacion.pdf>
- (8) Soto, A. Conocimiento del personal de enfermería donde el manejo del paciente en etapa terminal de muerte. En la Institución de Salud San Juan. (Tesis para optar el grado de Maestría como especialista en administración en enfermería). UMET. 2011. Universidad Metropolitana Centro Universitario De Bayamón
- (9) Colle, R. Análisis de las Actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). USAT. 2011.
- (10) Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Adell J, García F, Barquero A. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). USAT. 2011.
- (11) Castillo G, Vásquez S. Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). USAT. 2011.
- (12) Larico B. Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). UNMSM. 2009.

- (13) Soto C. Nivel De Satisfacción del paciente en fase terminal respecto al cuidado que le brinda la enfermera en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). UNMSM. 2009.
- (14) Acosta O. Actitudes de los internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del paciente terminal de la Universidad San Martín de Porres. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). UNMSM. 2009.
- (15) Barrera R. Actitud de a enfermera hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal en el servicio clínica del instituto nacional de enfermedades neoplásicas. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería en oncología). UNMSM. 2009.
- (16) Astudillo, W. Medicina Paliativa y El Tratamiento del Dolor en la Atención Primaria. [Internet]. [citado el 13 de enero del 2014]. Disponible en:http://www.palliativedrugs.com/download/120703_MEDICINA%20PALIATIVA_VERSION%20PDF.pdf
- (17) Ministerio de Salud de Ecuador. Guía de práctica clínica en Cuidados Paliativos. [Internet]. [citado el 13 de enero del 2014]. Disponible en:<http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf>
- (18) Pessini L y Bertachini L. Nuevas perspectivas en Cuidados Paliativos. [Internet]. [citado el 11 de enero del 2014]. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2006000200012&script=sci_arttext
- (19) Locán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A. Vidaurreta R. Saralegui I. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al

- final de la vida del siglo XXI. [Internet] [Citado el 22 de agosto del 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600009
- (20) Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos.. [Internet] [Citado el 22 de agosto del 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600006&script=sci_arttext
- (21) Esper R, J. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer. Una necesidad actual y vigente. [Internet] [Citado el 22 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen24.1/Cuidados%20paliativos.pdf>
- (22) García T, Carretero Y, Monleón M, Martínez B. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.diegomarin.net/shop/es/412736-enfermeria-en-cuidados-paliativos-y-al-final-de-la-vida-9788480867542.html>
- (23) Instituto Nacional del Cáncer. Manual de enfermería oncológica. [Internet] [Consultado el 02 de Agosto del 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf
- (24) Izaguirre R, Anai. CUIDADOS PALIATIVOS Cuidados al final de la vida. [Internet] [Consultado el 02 de Agosto del 2014]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/cselcoto/enfermeria-en-los-cuidados-paliativos>
- (25) Organización Mundial de la Salud .Cuidado Paliativo.2007. [Internet] [Citado el 20 de diciembre de 2014]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf

- (26) Camargo R. Rubén D. Enfermo con Patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. Colombia. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/academedicina/vol104/enfermo-con-patologia-terminal/#sthash.0KvWS5i7.dpuf>
- (27) Wikipedia la enciclopedia libre. Paciente terminal. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Paciente_terminal
- (28) SECPAL. Cuidados paliativos. Guía médica. [Internet]. [Citado el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
- (29) Sociedad Médica de Santiago. El enfermo terminal. Chile. 2000. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000000500015&script=sci_arttext
- (30) Pérez C. Ester. Atención tanatológica en el paciente terminal. México.2014. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/262%atencion.pdf>
- (31) ALCP. Uso de Opioides en tratamiento del DOLOR. Venezuela.2015.[Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>
- (32) Ibáñez. S, Morales .C, Calleja. M, Moreno. P, Gálvez. R. Terapéutica: Tratamiento Del Dolor. Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.ub.edu/legmh/capitols/ibanyez.pdf>

- (33) Organización Mundial de la Salud .Cuidado Paliativo.2007. [Internet] [Citado el 20 de diciembre de 2014]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf
- (34) Change Pain. Acerca del Dolor. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: http://www.changepain.org/grt-change-pain-portal/GRT-CHANGE-PAIN-PORTAL_es_Home/Acerca_de_DOLOR/Tratamientos/Tratamiento_no_farmacologico/es_ES/121800427.jsp
- (35) Wikipedia la enciclopedia libre. Paciente terminal. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Paciente_terminal
- (36) SECPAL. Cuidados paliativos. Guía médica. [Internet]. [Citado el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
- (37) Sociedad Médica de Santiago. El enfermo terminal. Chile. 2000. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000000500015&script=sci_arttext
- (38) Pérez C. Ester. Atención tanatológica en el paciente terminal. México.2014. [Internet] [Citado el 25 de Octubre del 2014]. Disponible en:<http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/262%atencion.pdf>
- (39) Irurzun Zuazaba Josu. Actuación Paliativa en las distintas Fases de la Enfermedad Terminal. [Internet] [citado el 11 de Noviembre del 2014]. Disponible en: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf>

- (40) Huallpa Córdova Rafael, Isimura Madariaga Marcia, Jaime Cárdenas Carolina. Ética en el Paciente Terminal. [Internet] [Citado el 11 de Noviembre del 2013]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/13607897/1/Introduccion>
- (41) Carmona A. Luis. Síntomas generales en las enfermedades terminales. cuidados de enfermería. [Consultado el 11 de Noviembre del 2013]. Disponible en: <http://www.logoss.net/uploads/editorial/temamuestra/tema16.pdf>
- (42) Asociación Española contra el cáncer. Cuidados Paliativos. [Internet] [Citado el 02 de agosto del 2014]. Disponible en: https://www.aecc.es/_layouts/aecc/IncidenciaDelSistema.aspx
- (43) Cheesman de Rueda Sindy. Conceptos básicos en investigación. [Internet] [Consultado el 11 de Noviembre del 2013]. Disponible en: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
- (44) Introducción a la investigación. [Internet] [Consultado el 11 de Diciembre del 2013]. Disponible en: <http://virtual.uptc.edu.co/drupal/files/195/contenido/pdf.pdf>
- (45) Cuyubamba Damián Nilda Elena. Conocimientos y Actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital Feliz Mayorca Soto. (Tesis para optar el título de especialidad en enfermería intensivista) UNMSM 2004.
- (46) Aignerren Miguel. Técnicas de medición por medio de escalas. [Internet] [Citado el 11 de Diciembre del 2013]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/6002>

- (47) Carazas Ángel, C. W. S como. Estudio de las Actitudes y Conocimientos de métodos numéricos elementales, En la formación del profesor de la especialidad de matemática en la UNSA. [Internet] [Citado el 11 de Diciembre del 2013]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf?sequence=3>
- (48) Grupo de Investigación Edufísica. Revista EDU-FISICA [Internet] [Consultado el 15 de Diciembre del 2013]. Disponible en: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>
- (49) Teoría General de las Actitudes. [Internet] [Consultado el 15 de Diciembre del 2013]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf;jsessionid=151E5D882D68BADFCE0EC3AF12A54EA4.tdx1?sequence=3>

BIBLIOGRAFIA

Acosta O. Actitudes de los internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del paciente terminal de la Universidad San Martín de Porres. 2009.

ALLPORT. M "Psicología General". México. Ed Navarro. Pág. 30

Astudillo W, Mendinueta C, Orbegozo A. Presente y futuro de los cuidados paliativos. 4ª Edición, 2002. [Internet] [citado el 3 de Julio del 2014]. Disponible en:
<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/biblioteca/Presente%20y%20futuro%20de%20los%20Cuidados%20Paliativos.pdf>

Barrera R. Actitud de la enfermera hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal en el servicio clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2009.

Blázquez. M. El Comportamiento Humano. 2da. Ed. México. Ed Siglos XXI. 1986.

Castillo G, Vásquez S. Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes.. 2012

Cia R. Junta De Andalucía. "Cuidados Paliativos" Proceso asistencial integrado". Consejería de Salud, 2ª ed. Sevilla.

Dopaso, M. El buen morir, Editorial. El sol Naciente S.R.L Buenos Aires 1994.

Du Gas B, Gámez R. Tratado de Enfermería Práctica. 4º Ed. México. Edit. McGraw Hill Interamericana. México; 2000 [Internet] [citado el 3 de Julio del 2014]. Disponible en:
http://books.google.es/books/about/Tratado_de_enfermer%C3%ADa_pr%C3%ADctica

A1ctica.html?id=x-q-AAAACAAJ

Fernández R, García B, Barea F, “Cuidados Paliativos”.1º Ed. España. 2012.

Fornells H. Cuidados paliativos en el domicilio. Acta Bioeth. . [Internet] [citado el 9 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art05.pdf>

Irurzun Z. Actuación Paliativa En Las Distintas Fases De La Enfermedad Terminal. [Internet] [Citado el 30 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/ACTUACION-PALIATIVA-DISTINTAS-FASES-PALIACION-IRURZUN.pdf>

Larico B. Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos hacia el cuidado paliativo del paciente terminal 2009

López S, Jordán M. Cuidados a pacientes en situación terminal .2008

Martinez C, Monleón J, Carretero L, Baquero M. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la Vida. Ed Elsevier. España Barcelona 2012

Organización Mundial De La Salud (OMS). “Cuidados Paliativos”.Ginebra.2007.

OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Atención Domiciliaria. España.2010

Organización Panamericana De La Salud (OPS). “Cuidados Paliativos. Guía para el manejo clínico”. Washington. 2004.

OTTO. Shirley. “Enfermería Oncológica ” Edición, 3. Editor, Harcourt Brace, 1999.

Pineda E, Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud. 3ª Ed. México: Edit. Limusa S.A.; 2004

Polit Hungler B. La investigación científica en salud. 5ª Ed. Barcelona. Edit. Mc. Graw Hill; 1999. [Internet] [Citado el 30 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.uv.es/invsalud/invsalud/index-bibliografia.htm>

Rodríguez P, Tello R, Díaz P. "Atención A Las Cuidadoras De Pacientes Oncológicos Y Paliativos En El Espacio Comunitario" España. 2010

SECPAL .Cuidados paliativos. Guía médica.

Stat Davis. "La psicología ". México. Ed Hamper Row. Latinoamericana 1980.

Soto C. Nivel de satisfacción del paciente en fase terminal respecto al cuidado que le brinda la enfermera En El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.. 2009.

Ucullmana, Charles. "Psicología Gneral". Editorial. USMP. Perú 1983.Pág 92-94-95.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de variables	I
B	Instrumento – Cuestionario	V
C	Instrumento – Escala de Lickert	X
D	Concordancia de opiniones de Juicios De Expertos- Prueba Binomial	XIV
E	Coeficiente Kuder Richardson para la Confiabilidad Del Instrumento Conocimientos	XV
F	Coeficiente Alfa De Crombach Para La Confiabilidad Del Instrumento Actitudes.	XVI
G	Índice de Homogeneidad para Actitudes	XVII
H	Tabla de códigos	XIX
I	Matriz de datos de generales y conocimientos	XX
J	Matriz de datos de actitudes.	XXIV
K	Medición de Variable Conocimiento según Stanones	XXVIII
L	Medición de Variable Actitud Según Stanones	XXXI
M	Conocimientos según edades de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XXXIV
N	Conocimientos según estado civil de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XXXV
O	Conocimientos según especialidad adicional de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de La Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XXXVI

ANEXO**Pág.**

P	Conocimientos según cantidad de atención de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XXXVII
Q	Actitudes según edades de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XXXVIII
R	Actitudes según estado civil de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XXXIX
S	Actitudes según especialidad adicional de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima-Perú. 2014	XL
T	Conocimientos según especialidad adicional de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014	XLI
U	Conocimientos según especialidades de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014	XLII
V	Actitudes según especialidades de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de enfermería de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2014	XLIII

ANEXO A

TÍTULO: “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE LA UNMSM PERU-2014

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR
CONOCIMIENTO HACIA CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE TERMINAL	Es el conocimiento obtenido al cuidado activo total (físico, psicosocial, espiritual) de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento, se destaca el alivio de los síntomas, del	1.CUIDADO PALIATIVO	1. Definición de cuidado Paliativo 1.1 Definición de cuidado Paliativo 1.2 Principios base 1.3 Cuestiones éticas 1.4 -Paciente Paliativo Enfermedad avanzada oncológica. Enfermedad avanzada no oncológica	Es toda información sencilla o compleja que presenta la persona, adquirido en su trayectoria como aprendizaje o experiencia. Serán evaluadas	ALTO MEDIO BAJO Se Colocará las respuestas dentro de cada alternativa por pregunta.
		2.PACIENTE	2. Definición de Paciente Terminal.		

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR
	dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o al paciente terminal, cuidados brindados por enfermería mediante	CON ENFERMEDAD TERMINAL.PT 3. CONTROL DE SÍNTOMAS en pacientes en fase avanzada de enfermedad	2.1 Definición enfermera paciente con enfermedad terminal. 2.2 Fase Terminal 2.3 Paciente oncológico en fase avanzada y/o terminal. 3.1. Dimensión FÍSICA Respiración •Alimentación •Eliminación •Cuidados De La Boca •Cuidados De La Piel •Utilización De Fármacos En Cuidados Paliativos. •Dolor 3.2 Dimensión Psicosocial Ansiedad, depresión, tristeza, y desesperanza • c) Dimensión Espiritual.	por un cuestionario estructurado.	

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR
ACTITUDES HACIA CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL	Es la predisposición que tiene la persona en respuesta de una situación frente al cuidado paliativo en todas sus dimensiones (físico, psicosocial y espiritual) del paciente cuya enfermedad no responde ya al tratamiento, se puede adquirir en el transcurso de su atención de	Dimensión Física	Disposición del manejo del Paciente con enfermedad terminal. Disposición al manejo de control de síntomas. Higiene corporal. Piel. Respiración. Náuseas y Vómitos. Nutrición. Eliminación Disposición en el alivio del dolor. Administración de medicamentos Consideraciones sobre el Ambiente adecuado. Considera importante planificar la atención del cuidado paliativo. Disposición ante la atención del paciente con enfermedad terminal y en fase de agonía.: Manifiesta tristeza o	Es disposición de la enfermera para pensar, sentir y percibir manifestarlo a través de su comportamiento Sus actitudes pueden cambiar de acuerdo al panorama o situación del paciente terminal Estas actitudes serán evaluadas por la escala de Lickert.	Favorable Se asignará un valor a cada enunciado. Totalmente de acuerdo=5 De acuerdo=4 Medianamente favorable Para cada enunciado se le asignará un puntaje de =3 Desfavorable Si las

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR
	<p>acuerdo a emociones, sentimientos reflejados en su persona y comportamiento..</p>		<p>preocupación por el paciente Le produce ansiedad, es evasiva o se siente frustrada por el estado de paciente Se muestra comprensiva y tolerante, Mantiene el respeto al paciente Brinda apoyo emocional al paciente y la familia. Brinda apoyo psicológico</p>		<p>respuestas de los enunciados son negativas: Según criterio de respuesta 2 o 1</p>
		<p>Dimensión Espiritual</p>	<p>Favorece las relaciones positivas con el entorno Se relaciona con el paciente y la familia Manifiesta respeto por las creencias del paciente Disposición para proporcionar ayuda espiritual. Considera importante la presencia de un guía espiritual.</p>		

ANEXO B

INSTRUMENTO – CUESTIONARIO

1. PRESENTACION

Estima colega:

Mi nombre es Rosmery Hilario Quispe, Soy es Licenciada de enfermería estudiando la segunda especialidad en oncología en la UNMSM, y estoy realizando un estudio de investigación cuyo objetivo es identificar los **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. PERU-2014**, por lo que solicito su colaboración llenando con veracidad el presente instrumento. La participación es voluntaria y anónima, usted puede responder o no responder alguna pregunta si así lo desea. Este encuentro tendrá una duración de 5 minutos si usted lo permite.

OBEJTIVO:

Determinar conocimientos y actitudes hacia cuidado paliativo del paciente terminal de los estudiantes de la especialidad de enfermería de IV ciclo de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Peru-2014.

2. INSTRUCCIONES

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de enunciados o preguntas seguido de paréntesis en la cual debe marcar con una “X” en uno de los paréntesis que corresponda a la respuesta que más se aproxime a lo que conoce respecto al tema. A continuación, se presentan proposiciones al lado izquierdo y las alternativas al lado derecho, lea cada frase y marque con un aspa (x) en el espacio conveniente en la siguiente escala.

3. DATOS GENERALES

Edad: a. 25-30 () b. 31-35() c. 36-40 () d. 41-50 ()

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil: a. casada () b. Conviviente () c. Soltera ()

Otros:

Religión: a. Católico () Otros:.....

Tienes especialidad: Si () No ()

Área de su especialidad:

Experiencia en la atención al Paciente Terminal:

Un paciente () Mas de un Paciente ()

CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO,

1. El cuidado Paliativo se define como: marca lo correcto.

- a. El cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento.
- b. Mejorar la calidad de vida cuando uno está verdaderamente enfermo.
- c. Aliviar el dolor y otros síntomas para mejorar su calidad de vida.
- d. El cuidado total al a paciente no oncológico en fase terminal.

2. ¿Cuál es una Función de la enfermera en cuidados paliativos?

- a. Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
- b. Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital o domicilio.
- c. Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte.
- d. Todas las anteriores

3. La atención a los pacientes, cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo, y cuyo fin es lograr la mayor calidad de vida, ¿lo denominamos?

- a. Medicina preventiva
- b. Cuidados oncológicos

- c. Gerontología
 - d. Cuidados paliativos
4. Decimos que un tratamiento es paliativo cuando:
- a. No Mejora el estado del paciente de forma inmediata
 - b. Administramos analgésicos y ciertos medicamentos por vía parenteral
 - c. Proporciona alivio a la enfermedad, pero sin curarla
 - d. Se lo administra el propio paciente en su casa
5. El Paciente con enfermedad Terminal es:
- a. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
 - b. Falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento
 - c. Pronóstico de vida inferior a tres meses
 - d. Todas son correctas
6. Pautas de comportamiento ante un paciente crónico terminal. Señala cuál No es la correcta:
- a. Demostrar una actitud de apatía
 - b. Siéntate, escucha al enfermo, dialoga.
 - c. Respetar las creencias y necesidades religiosas del paciente
 - d. Comparte sus sentimientos
7. En la fase agónica, la prioridad del tratamiento será:
- a. Medidas de apoyo
 - b. Control de síntomas
 - c. Calidad de vida
 - d. Alivio del sufrimiento
- 8 ¿Cuál es la primera medida ante un paciente terminal con vómito?
- a. Administrar antiemético
 - b. Colocarle en decúbito lateral para evitar aspiraciones
 - c. Limpiar el vómito para que esté más limpio
 - d. Colocar en posición semifowler y administrar antiemético

9. ¿Qué es la disnea?

- a. Un incremento manifiesto del esfuerzo respiratorio, incluye sensaciones subjetivas diferentes.
- b. Dificultad para respirar, percibida por el personal de salud.
- c. La disminución de la ventilación alveolar evidenciado en disminución de la saturación de oxígeno
- d. Sensación desagradable de dificultad respiratoria, percibida por el paciente

10. Una causa de estreñimiento en un enfermo terminal puede ser por:

- a. Disminución nivel de actividad; reflejo para defecar aumentado
- b. Uso de opiáceos
- c. Presencia de hemorroides
- d. Disminución de la ingesta de líquidos, obstrucción intestinal

11. La inmovilidad NO presenta entre sus complicaciones:

- a. Las contracturas
- b. La debilidad muscular y disminución de úlceras por presión.
- c. La confusión mental
- d. El aumento del hábito intestinal

12. Cuando el paciente refiere: “me duelen los huesos” es: marca lo correcto

- a. Dolor Somático
- b. Dolor visceral
- c. Dolor neuropático
- d. Dolor nociceptivo.

13. Los tres analgésicos de base en los cuidados paliativos del enfermo terminal son:

- a. Paracetamol, relajante muscular y codeína
- b. Ibuprofeno, aspirina y opioides
- c. Diazepam, salicilato y opioides

d. Aspirina, codeína y morfina

14. Cual es un fármaco utilizado en sedación:

- a. Metadona
- b. Fenobarbital
- c. Fentanilo
- d. Meperidina

15. Para evitar el sufrimiento psicológico del enfermo terminal se debe:

- a. Mostrar empatía
- b. Distraerle continuamente para evitar que nos hable de sus temores
- c. Evitar las visitas de amigos
- d. Todas son correctas

16. Cuando un paciente está en fase agónica, la enfermera interviene espiritualmente cuando:

- a. Se mantiene en silencio en las últimas horas de vida.
- b. Facilita el acceso de un ministro de su religión.
- c. Solicita la presencia de un sacerdote
- d. Aísla al paciente y su familia para q oren.

ANEXO C

INSTRUMENTO- “ESCALA DE LICKERT”

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan proposiciones al lado izquierdo y las alternativas al lado derecho, lea cada frase y marque con un aspa (x) en el espacio conveniente en la siguiente escala.

Ejm:

El llegar puntual le resulta difícil	T.A	A	I	D	TD
---	------------	----------	----------	----------	-----------

T.A : Totalmente de acuerdo

A : De acuerdo

I : Indeciso

D : En desacuerdo

T.D : Totalmente en desacuerdo

ENUNCIADOS	T.A	A	I	D	T.D
1. Creo que el ambiente limpio y ordenado proporciona la tranquilidad del paciente terminal					
2. La calidad de vida del paciente que va a morir es menos importante al que si se va a recuperar.					
3. El paciente con enfermedad terminal presenta muchos síntomas difíciles de tratar.					
4. Es necesario realizar la higiene al paciente con enfermedad terminal.					
5. En el paciente con enfermedad terminal es necesario los cambios de posición					
6. Cuando se atiende al Paciente con enfermedad terminal se siente más responsabilidad para atender sus necesidades físicas.					
7. Es necesario extremar las medidas terapéuticas					

ENUNCIADOS	T.A	A	I	D	T.D
para extremar la curación del paciente					
8. Es necesario tener criterios útiles para el uso y la administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal.					
9. Resulta necesario considerar la nutrición del paciente Terminal.					
10. Cada vez que el paciente necesita su tratamiento siento la necesidad de asistirlo					
11. En los cuidados del paciente en fase terminal la aplicación de enemas y supositorios resulta innecesario.					
12. Resulta innecesario la administración de medicamentos al paciente terminal en fase de agonía.					
13. Es preferible ocultar al paciente que se está muriendo.					
14. Es importante realizar un plan de trabajo para la atención del paciente terminal					
15. Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un paciente terminal.					
16. El saber que va estar bajo su cuidado un paciente que va a morir le resulta desesperante o estresante.					
17. Es necesario el consentimiento del paciente y/o familia para la administración de pseudoanalgesia					
18. El equipo de salud frente a un paciente con enfermedad terminal demuestra indiferencia					
19. Es molesto dedicar más tiempo del necesario en la atención del paciente terminal.					
20. El paciente Terminal es un enfermo más por eso creo que necesita mi ayuda.					
21. Aunque el cuidado de pacientes en estado terminal resulta muy triste y doloroso, el					

ENUNCIADOS	T.A	A	I	D	T.D
involucramiento de la enfermera es importante					
22. Resulta incómodo permanecer al lado del Paciente con enfermedad terminal en fase de agonía.					
23. Es muy poco lo que se puede hacer para ayudar al paciente con enfermedad terminal					
24. Siento desesperación cuando me asignan la atención del paciente con enfermedad terminal					
25. Cuando veo casos terminales evito cualquier trato con ellos para evitar involucrarme.					
26. Resulta agradable acercarse al paciente con enfermedad terminal					
27. Es necesario para el paciente con enfermedad terminal recibir apoyo psicológico.					
28. Es necesario dar una atención humanizada cuando el paciente está en etapa de agonía.					
29. La presencia de un guía espiritual es necesario en la etapa de agonía de un paciente					
30. Las creencias del paciente terminal representan un papel extremadamente importante en sus vidas espirituales.					
31. Resulta innecesario proporcionar asistencia espiritual al Paciente con enfermedad Terminal.					
32. La enfermera debe ayudar en la búsqueda de un apoyo espiritual para el paciente en estado terminal.					
33. Resulta difícil mantener una comunicación con el paciente con enfermedad terminal					
34. El paciente con enfermedad terminal debe ser escuchado.					
35. La enfermera debe tener comunicación constante, respetuosa o empática con la familia y el paciente en estado terminal.					

ENUNCIADOS	T.A	A	I	D	T.D
36. Resulta importante mantenerse el mayor tiempo con el Paciente Terminal					
37. Es necesario que la familia pregunte por el estado de salud del Paciente con enfermedad Terminal.					
38. Es necesario la presencia de un familiar en el ambiente del paciente con enfermedad terminal					
39. . Es necesario tomar en cuenta la opinión del paciente o su familia en la toma de decisiones.					

ANEXO D

CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIOS DE EXPERTOS - PRUEBA BINOMIAL

$$p(x) = \binom{n}{x} p^x q^{n-x} \quad x = 0, 1, 2, \dots, n$$

Nº	ENUNCIADO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8	P valor
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	1	1	1	0	1	1	1	0.031
2	La estructura del instrumento es adecuado	0	1	1	1	1	1	1	1	0.031
3	La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	0	1	1	1	0.031
6	Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	1	1	1	0	1	0.031
									$\sum P_i$	0.137

Se ha considerado:

0 : Si la respuesta es negativa

1 : Si la respuesta es positiva

n : 8 expertos

$$\bar{P} = \frac{\sum_{i=1}^7 P_i}{7} = \frac{0.137}{7} = 0.0195$$

Si $\bar{P} < 0.05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba binomial aplicada. Por lo cual de acuerdo al resultado obtenidos por cada juez existe concordancia en todos los ítems y el valor final de la validación es de

$\bar{P} = 0.0195 (< 0.05)$, por lo cual existe concordancia entre los expertos tomando en cuenta todos los ítems.

ANEXO E

COEFICIENTE KUDER RICHARDSON PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CONOCIMIENTOS

ENCUESTADOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	TOTAL DE FILAS
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	13
2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	8
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	13
4	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	11
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
6	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	10
7	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	9
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	12
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
10	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	10
11	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	11
12	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	8
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	14
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
15	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	7
VARIANZA	0.3	0.2	0	0.1	0.1	0.2	0.3	0	0.1	0.1	0	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	9.11

Suma total de varianza fila= 2.46

Coefficiente de Kuder Richardson:

$$Confiabilidad = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{S_x^2} \right]$$

$$KR20 = \frac{16}{15} \left(1 - \frac{2.46}{9.11} \right) = 0.779$$

Tomando en cuenta todos los ítems el coeficiente es mayor a **0.700**, entonces concluimos que la confiabilidad del instrumento de medición es **Muy Aceptable** para el presente estudio.

ANEXO F

COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH PARA LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ACTITUDES

ENCUESTADOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	TOTAL DE FILAS	
1	5	1	1	1	1	1	5	4	5	4	5	2	1	4	1	1	5	1	2	5	1	2	1	2	1	1	5	5	4	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	119
2	5	4	1	2	3	2	1	4	4	5	5	1	5	5	2	3	4	1	3	4	4	3	3	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	143	
3	4	2	3	2	3	2	4	4	4	5	4	3	5	5	2	2	5	1	2	3	4	2	2	2	3	2	4	3	4	4	3	4	2	4	3	4	4	4	4	4	127
4	5	1	1	1	1	2	5	5	4	5	5	1	1	5	2	1	4	1	1	4	5	1	1	1	2	1	5	5	5	1	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	123
5	5	5	2	1	2	1	1	5	4	5	5	4	5	5	4	2	5	3	4	4	5	2	3	4	4	4	1	5	5	4	2	5	4	2	5	5	4	5	5	150	
6	5	5	2	1	1	1	3	5	4	5	4	5	5	1	5	1	5	4	5	2	5	4	5	5	2	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	5	5	5	157	
7	5	5	1	1	1	2	1	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	2	5	5	4	5	4	5	4	5	2	5	4	1	1	4	1	4	4	5	4	5	5	149	
8	4	4	1	1	1	1	3	4	3	4	2	4	5	5	5	5	4	5	5	1	5	4	5	5	5	2	5	4	4	5	4	3	4	4	3	3	4	4	4	145	
9	5	5	5	4	4	2	1	4	4	4	4	2	4	5	2	2	5	4	5	4	5	2	2	3	4	5	4	5	4	2	5	4	2	5	4	5	4	4	5	150	
10	4	5	3	4	4	4	1	5	4	4	5	2	1	5	4	2	5	4	4	4	4	2	4	5	4	4	4	5	2	2	3	2	5	5	4	5	4	5	5	150	
11	5	5	1	4	4	4	5	5	4	4	1	5	5	4	5	1	5	5	4	2	2	5	4	2	3	5	4	4	5	4	4	2	5	5	5	5	5	5	5	156	
12	4	5	2	3	3	1	1	5	4	4	5	2	5	5	5	2	5	4	5	5	5	4	2	2	4	5	5	5	4	4	4	3	5	5	4	5	5	5	5	156	
13	4	5	4	3	3	2	1	5	4	4	1	5	5	5	5	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	5	5	3	5	4	2	5	5	4	5	5	5	5	154	
14	5	5	2	2	4	2	2	5	5	4	2	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	159	
15	5	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	5	4	4	4	4	4	2	5	5	5	5	4	4	5	2	4	4	4	4	4	5	5	155	
VARIANZA	0.2	2.2	1.7	1.5	1.6	0.9	2.8	0.3	0.2	0.3	2.4	2.1	2.7	1.1	2.1	1.8	0.3	2.6	1.6	1.4	1.7	1.5	2.1	1.6	1.4	2.4	1.5	0.3	0.2	0.8	2.4	0.9	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	0.2	0.2	165.74	

Suma total de varianza fila= **49.10**

Coefficiente final Alfa Crombach:

$$\alpha = \frac{39}{38} \left(1 - \frac{49.10}{165.74} \right) = 0.722$$

Tomando en cuenta todos los ítems el Alfa es mayor a **0.700**, entonces concluimos que la confiabilidad del instrumento de medición es **Muy Aceptable** para el presente estudio.

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right)$$

Donde:

- K : Es el número de ítems de la prueba o test.
- $(\sigma_i)^2$: Varianza de cada ítem
- $(\sigma_x)^2$: Varianza del cuestionario total

ANEXO G.

INDICE DE HOMOGENEIDAD PARA ACTITUDES

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
VAR00001	136,87	368,410	,231	.	,891
VAR00002	139,60	325,686	,840	.	,879
VAR00003	137,73	356,352	,299	.	,891
VAR00004	137,73	353,495	,397	.	,889
VAR00005	138,07	351,352	,430	.	,888
VAR00006	137,47	364,838	,197	.	,891
VAR00007	139,00	342,143	,449	.	,888
VAR00008	136,93	374,924	-,112	.	,893
VAR00009	137,47	366,410	,363	.	,890
VAR00010	137,13	366,410	,325	.	,890
VAR00011	138,00	336,714	,594	.	,885
VAR00012	138,87	338,695	,604	.	,884
VAR00013	139,67	331,238	,653	.	,883
VAR00014	137,00	375,714	-,094	.	,896
VAR00015	139,20	336,743	,643	.	,884
VAR00016	137,87	348,552	,450	.	,888
VAR00017	136,93	373,210	-,025	.	,893
VAR00018	138,80	327,886	,722	.	,881
VAR00019	139,33	334,238	,803	.	,881
VAR00020	137,87	357,267	,323	.	,890

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
VAR00021	137,53	385,981	-,286	.	,901
VAR00022	138,87	339,695	,698	.	,883
VAR00023	138,87	332,981	,718	.	,882
VAR00024	138,60	349,257	,462	.	,887
VAR00025	139,40	336,971	,794	.	,882
VAR00026	139,13	334,552	,636	.	,884
VAR00027	137,20	369,457	,042	.	,895
VAR00028	136,73	373,495	-,038	.	,893
VAR00029	136,73	369,352	,217	.	,891
VAR00030	137,67	359,381	,368	.	,889
VAR00031	139,07	336,067	,606	.	,884
VAR00032	137,60	364,543	,205	.	,891
VAR00033	137,67	366,952	,192	.	,891
VAR00034	136,93	367,638	,262	.	,891
VAR00035	137,07	366,924	,230	.	,891
VAR00036	137,20	363,457	,388	.	,889
VAR00037	137,00	363,857	,357	.	,890
VAR00038	136,73	369,352	,217	.	,891
VAR00039	136,73	369,210	,226	.	,891

ANEXO H

TABLA DE CÓDIGOS

CONOCIMIENTO	VALOR DE LA ESCALA
Alternativa Correcta	1
Alternativa Incorrecta	0

Tabla A. Escala de valores según conocimientos

AFIRMACIONES POSITIVAS	VALOR DE LA ESCALA
Totalmente de Acuerdo	5
De acuerdo	4
Indeciso	3
En desacuerdo	2
Totalmente Desacuerdo	1

Tabla B. Valores de Escala en las afirmaciones positivas del instrumento

AFIRMACIONES NEGATIVAS	VALOR DE LA ESCALA
Totalmente de Acuerdo	1
De acuerdo	2
Indeciso	3
En desacuerdo	4
Totalmente Desacuerdo	5

Tabla C. Valores de Escala en las afirmaciones negativas del instrumento

ANEXO I

MATRIZ DE DATOS GENERALES Y CONOCIMIENTOS

N°	DATOS GENERALES															CONOCIMIENTOS										TOTAL					
	DIMENSION CUIDADO PALIATIVO															DIMENSION PACIENTE TERMINAL					DIMENSION CONTROL DE SINTOMAS										
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	Σ	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ							
1	2	2	1	1	2	1	1	0	1	2	0	1	0	1	2	1	1	0	1	0	0	0	3	7							
2	1	1	2	1	2	2	1	0	1	1	3	1	0	1	3	0	1	0	1	1	0	1	5	11							
3	1	1	1	1	2	2	1	0	1	1	3	0	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	2	8							
4	1	1	3	1	2	2	1	0	1	1	3	0	1	1	0	2	1	1	0	0	0	1	3	8							
5	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	4	0	0	1	2	1	0	1	0	1	0	0	3	9							
6	1	1	3	1	2	2	1	0	1	1	3	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	3	7							
7	1	4	3	1	2	3	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	3	6							
8	1	1	3	1	1	4	1	0	1	1	1	3	0	1	1	3	1	0	0	0	0	1	2	8							
9	1	2	3	1	1	4	1	0	1	1	1	3	1	1	4	0	0	1	0	0	0	1	2	9							
10	1	1	3	1	2	1	1	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	5							
11	1	2	3	1	2	5	1	0	1	1	3	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	0	3	10							
12	1	4	1	1	2	5	2	1	1	1	4	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	2	8							
13	1	1	3	1	1	6	2	0	1	1	3	0	1	1	3	0	0	0	0	1	0	1	3	9							
14	1	2	2	1	1	6	2	0	1	1	3	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	1	3	8							
15	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	4	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	3	8							
16	1	1	3	1	2	2	2	1	1	1	4	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	4	9							
17	1	2	3	1	2	2	2	0	1	1	0	2	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	4	8							
18	1	1	3	1	2	2	2	1	1	1	4	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	8							
19	2	1	3	1	2	2	2	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	5	8						
20	1	1	3	1	2	2	2	1	1	1	4	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	7						
21	1	1	1	1	2	3	2	0	1	1	3	0	1	1	3	1	0	1	0	0	0	1	3	9							

N°	CONOCIMIENTOS												TOTAL														
	DATOS GENERALES			DIMENSION CUIDADO PALIATIVO			DIMENSION PACIENTE TERMINAL			DIMENSION CONTROL DE SINTOMAS																	
				0	1	2	0	1	2	1	0	0		0	0	0	1	0	2								
22	1	1	3	1	2	3	2	0	1	0	1	2	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	2	6	
23	1	2	3	1	2	3	2	0	1	1	0	2	0	1	1	0	2	1	0	1	1	0	0	0	1	4	8
24	1	1	3	1	2	3	2	0	1	1	0	2	0	1	1	1	3	1	0	1	0	1	0	0	1	4	9
25	1	1	3	1	2	3	2	0	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	4	9
26	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	0	3	0	1	1	1	3	1	0	1	1	1	1	1	1	7	13
27	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	0	1	1	1	3	0	1	1	0	1	1	1	1	6	13
28	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	1	1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	15
29	1	1	3	2	2	3	2	1	1	1	0	3	1	1	1	1	4	1	1	1	1	0	0	1	1	6	13
30	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	0	0	1	1	0	1	1	1	5	13
31	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	0	1	1	0	0	1	1	0	4	12
32	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	0	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	0	6	12
33	1	2	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	0	1	1	1	3	1	1	1	0	1	0	0	1	5	12
34	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	4	1	1	1	0	3	1	1	1	0	1	0	0	1	5	12
35	2	1	3	1	2	3	2	0	1	1	1	3	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1	0	6	11
36	1	1	1	1	2	6	2	1	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	7	11
37	1	1	1	1	2	6	2	1	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	7	11
38	1	1	2	1	1	6	2	0	1	1	1	3	1	1	0	1	3	0	1	1	1	1	0	0	1	4	10
39	1	4	1	1	1	6	2	1	1	1	1	4	1	1	1	0	3	1	0	1	0	1	0	1	0	4	11
40	1	1	3	2	2	6	2	0	1	1	1	3	1	1	1	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	2	8
41	1	1	3	1	2	6	2	0	1	1	1	3	1	1	1	1	4	1	1	1	0	1	0	1	0	5	12
42	1	1	2	1	2	6	2	0	1	1	1	3	1	1	1	0	3	0	1	1	0	1	0	0	1	4	10
43	1	1	3	2	1	6	2	0	1	1	1	3	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	0	0	6	12
44	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	4	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	6	12
45	1	4	1	1	1	6	2	1	1	1	1	4	0	1	1	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	2	9
46	1	1	3	1	2	7	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	0	0	1	0	1	0	0	0	2	10

N°	CONOCIMIENTOS												TOTAL												
	DATOS GENERALES			DIMENSION CUIDADO PALIATIVO			DIMENSION PACIENTE TERMINAL			DIMENSION CONTROL DE SINTOMAS															
				0	1	2	0	1	2	0	1	2		0	1	2	0	1	2						
47	1	1	3	1	2	7	2	0	1	1	1	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	6	
48	4	1	1	1	2	7	2	0	1	0	0	1	0	1	1	3	0	0	1	1	0	1	0	4	8
49	1	1	3	1	1	7	2	1	1	1	4	1	1	1	4	0	0	1	1	0	1	1	5	13	
50	2	1	1	1	2	7	2	0	0	1	1	2	1	1	0	3	0	1	0	0	1	0	3	8	
51	1	2	2	1	2	4	2	0	1	1	1	3	0	1	1	3	1	1	0	0	1	1	5	11	
52	1	2	1	1	2	4	2	1	1	1	4	0	1	1	0	2	0	0	1	0	1	1	4	10	
53	1	1	1	1	2	4	2	1	0	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	5	
54	1	1	3	1	2	4	2	0	1	1	1	3	1	1	0	3	0	1	1	0	1	0	3	9	
55	1	2	2	1	1	4	2	0	0	1	1	2	1	1	1	4	1	1	0	1	1	0	6	12	
56	1	1	3	1	2	4	2	1	0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	5	
57	1	1	3	1	2	4	2	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	1	1	0	4	7	
58	1	1	2	1	1	4	2	0	0	1	1	2	1	1	1	4	0	0	1	1	1	0	4	10	
59	1	2	2	1	2	4	2	0	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	0	2	3	6	
60	1	1	3	1	2	4	2	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	4	
61	1	1	3	1	2	4	2	0	0	1	1	2	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	2	6	
62	1	3	1	1	2	4	2	0	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	5	
63	1	2	2	1	1	4	2	0	1	1	0	2	0	1	0	2	0	0	1	1	4	1	7	11	
64	1	2	3	1	2	4	2	0	1	0	1	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	5	
65	1	2	3	1	2	4	2	0	1	0	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3	6	
66	1	2	3	1	2	4	2	0	1	0	1	2	0	1	0	2	1	1	0	1	1	0	4	8	
67	1	1	3	1	2	5	2	0	1	0	1	2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	5	8	
68	1	1	3	1	2	5	2	0	1	0	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	3	6	
69	1	2	3	1	2	5	2	0	1	1	1	3	0	1	1	3	0	0	1	1	1	1	6	12	
70	2	1	3	1	2	5	2	0	0	1	1	2	1	1	1	4	0	0	1	1	1	0	4	10	
71	1	1	3	1	2	5	2	1	0	1	1	3	1	1	0	3	0	0	1	1	0	1	3	9	

N°	DATOS GENERALES													CONOCIMIENTOS													TOTAL													
	DIMENSION CUIDADO PALIATIVO													DIMENSION PACIENTE TERMINAL						DIMENSION CONTROL DE SINTOMAS																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
72	1	4	1	1	1	1	5	2	0	1	1	1	3	1	1	1	0	3	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	5	11
73	2	2	3	2	2	1	2	1	2	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	5	9	
74	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	4	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	1	2	2	2	2	10	8		
75	1	2	3	2	2	1	2	1	2	1	0	1	3	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	0	1	0	2	2	2	2	8	8		
76	2	1	3	2	1	1	2	0	1	1	1	3	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	0	1	0	3	3	3	3	8	8		
77	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	4	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	0	1	0	3	3	3	8	8			
78	1	1	3	1	2	1	2	1	2	0	1	1	3	1	1	1	4	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	1	0	2	2	2	9	9			
79	1	1	3	1	1	1	2	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	2	2	2	3	3	3		
80	1	1	3	2	2	1	2	1	2	0	1	1	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	2	2	2	6	6	6			
81	1	4	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	4	0	1	1	0	2	1	1	0	0	1	0	1	5	1	0	1	0	1	1	5	5	5	11	11			
82	1	1	4	1	2	1	2	1	2	0	1	1	3	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	0	1	0	3	3	3	8	8	8			
83	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	1	0	3	0	1	1	0	2	1	1	0	0	1	0	4	1	0	1	0	0	1	4	4	4	9	9	9			
84	1	1	3	1	1	1	2	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	1	0	2	2	2	3	3	3	3		
85	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	0	3	0	1	1	0	2	1	1	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	0	3	3	3	8	8	8			
86	1	2	3	1	2	1	2	1	2	0	1	1	3	0	1	1	0	2	1	1	0	0	1	0	5	1	0	0	1	0	1	5	5	5	10	10	10			
87	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	0	3	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	1	4	4	4	8	8	8			
88	1	1	3	1	1	5	2	1	2	1	1	0	3	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	4	1	0	0	1	0	0	1	4	4	4	8	8	8			
89	1	1	3	1	2	5	2	1	2	1	1	0	3	1	1	0	0	2	1	1	0	0	1	7	1	0	0	1	1	1	7	7	7	12	12	12				
90	2	2	3	2	2	5	2	2	0	1	1	1	3	1	1	0	1	3	1	1	0	1	1	5	1	0	0	1	1	0	5	5	5	11	11	11				

N°	DIMENSION FISICA														DIMENSION PSICOEMOCIONAL														DIMENSION ESPIRITUAL														TOTAL											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	Σ	2	13	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Σ	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39		Σ										
	22	5	2	2	1	2	4	4	4	4	2	4	3	3	36	4	4	4	2	5	1	3	4	5	2	2	2	2	2	4	46	3	4	4	2	3	1	4	3	4	4	4		3	4	39	121							
23	5	2	1	1	2	2	4	4	4	4	4	5	4	38	5	2	4	2	5	5	1	4	4	4	5	5	3	5	59	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	53	150						
24	5	2	1	1	1	3	5	4	5	5	5	5	5	42	5	5	1	3	2	3	5	5	4	5	4	4	4	5	60	5	5	5	4	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	57	159					
25	5	5	1	1	1	1	1	5	5	5	2	5	5	41	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	70	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	52	161				
26	5	5	1	1	1	1	1	5	5	5	2	5	5	41	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	70	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60	171			
27	5	2	1	1	2	3	5	4	5	5	2	5	5	40	4	5	4	4	5	1	1	4	5	3	1	2	5	2	51	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	55	146				
28	5	2	1	1	2	1	5	5	4	2	5	5	5	38	4	5	4	2	5	5	5	4	4	4	2	5	4	4	62	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	55	155			
29	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	40	4	4	2	2	4	2	2	4	4	4	4	2	4	48	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	134			
30	5	2	1	3	2	2	5	5	4	2	2	5	5	38	5	5	3	4	4	4	3	2	5	4	1	3	4	4	55	5	5	5	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	47	140	
31	5	2	1	1	5	2	5	5	5	1	5	5	5	42	5	5	5	4	5	3	5	4	5	4	5	5	2	5	67	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60	169		
32	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	3	4	4	39	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	4	55	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	140	
33	5	5	1	1	1	4	5	4	4	2	4	5	4	41	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	70	5	5	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	161		
34	5	5	1	1	1	5	5	5	5	1	5	5	5	44	5	2	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	64	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	56	164		
35	5	2	3	4	1	4	4	4	4	1	5	4	4	41	4	5	5	4	4	4	4	5	5	2	4	4	2	58	5	5	5	4	4	2	4	4	4	2	4	5	2	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	49	148	
36	5	2	2	4	2	2	5	5	4	2	4	5	4	42	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	5	68	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	49	159
37	5	2	1	2	1	1	5	4	5	5	4	5	4	40	5	5	4	2	5	3	4	4	5	2	3	4	4	55	5	5	5	4	4	2	5	4	4	2	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	55	150	
38	5	2	1	1	2	2	4	4	4	5	4	4	4	38	2	5	5	2	4	2	4	4	5	4	2	5	4	54	5	5	5	4	5	4	2	5	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	49	141	
39	5	1	1	1	1	5	5	5	5	5	1	4	39	39	1	2	2	2	4	1	1	5	5	1	1	1	4	32	4	4	4	5	1	5	1	5	1	5	1	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	117		
40	5	4	2	2	4	4	4	4	4	5	2	5	1	42	5	5	4	5	4	5	4	5	4	2	4	5	4	65	4	4	4	4	1	4	1	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	47	154	
41	5	2	2	1	2	4	5	4	4	4	4	2	5	40	1	1	2	1	4	1	1	4	5	2	3	2	1	36	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	109	
42	5	1	1	1	4	5	5	5	5	2	1	5	40	5	4	1	1	5	1	4	2	5	4	1	4	2	5	48	5	5	5	1	5	1	5	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	47	135	
43	5	4	1	1	1	1	1	5	5	5	3	5	5	41	5	5	5	5	2	4	5	1	5	5	5	5	66	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	56	163	
44	5	1	1	1	1	1	4	5	5	5	3	5	5	41	5	5	4	4	5	5	5	5	5	2	2	4	3	61	5	5	5	1	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	54	156

N°	DIMENSION FISICA														DIMENSION PSICOEMOCIONAL														DIMENSION ESPIRITUAL														TOTAL						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	Σ	2	13	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Σ	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39		Σ					
	45	5	2	1	1	2	2	4	5	4	4	4	5	39	5	5	4	2	4	2	2	4	4	4	2	3	4	4	5	52	4	4	4	4	4	1	5	5	2	4	4	4		5	46	137			
46	4	2	2	2	4	4	4	3	4	3	3	4	37	3	3	3	4	4	3	2	4	3	2	2	2	2	2	4	44	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	127			
47	5	3	1	1	1	3	5	4	2	2	4	36	5	2	4	4	4	1	4	5	4	3	3	3	2	2	4	50	2	4	4	2	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	41	127			
48	5	1	1	1	2	4	4	3	3	3	2	3	32	2	3	2	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	44	5	5	4	3	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	52	128			
49	5	2	1	1	2	2	5	5	5	1	5	5	39	5	3	5	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	65	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60	164	
50	5	1	1	1	1	4	5	5	5	3	2	5	38	1	5	2	2	4	2	2	5	5	5	5	5	5	57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60	155	
51	5	1	1	1	1	2	5	5	5	2	5	5	38	3	4	5	2	5	4	5	4	5	2	4	2	3	3	56	5	5	5	1	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	52	146	
52	5	3	1	1	2	2	5	4	4	2	4	5	38	4	4	5	4	2	3	4	5	3	5	4	3	4	60	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	55	153	
53	4	3	4	3	4	1	4	5	5	1	4	1	39	3	2	1	4	5	1	4	4	3	4	4	4	3	47	2	1	5	4	5	3	5	5	5	3	5	5	3	5	4	3	4	3	4	45	131	
54	5	3	1	1	2	3	5	4	4	2	4	4	38	5	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	59	4	4	4	5	5	3	4	5	3	4	5	3	3	4	4	3	4	4	4	48	145	
55	5	1	2	3	1	2	5	4	3	3	1	4	34	2	4	4	3	4	4	4	5	3	3	1	3	3	49	4	2	5	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	44	127	
56	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	34	2	3	2	2	4	2	3	2	4	2	4	4	42	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	42	118
57	4	2	1	2	2	4	5	5	5	1	4	40	4	4	2	2	4	2	2	4	4	2	2	2	2	40	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	40	120	
58	5	2	1	1	2	2	4	5	3	3	4	5	37	4	4	4	5	2	4	4	5	4	2	4	4	59	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	1	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	49	145
59	5	2	2	4	4	4	2	4	2	4	2	4	36	1	2	5	5	1	2	5	4	5	2	1	2	45	5	4	5	1	4	2	5	1	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	125	
60	5	1	1	1	1	5	5	4	4	1	5	5	38	2	5	5	4	5	3	3	5	5	1	1	4	53	5	5	5	1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55	146	
61	5	1	1	1	1	3	5	5	5	2	4	4	37	5	5	4	3	4	4	4	2	4	3	2	4	3	54	5	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	56	147
62	5	2	1	1	2	4	4	4	4	2	4	5	38	2	4	4	2	4	5	5	4	5	4	4	4	59	5	4	4	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	4	49	146		
63	4	2	2	3	2	4	4	4	4	4	5	3	41	4	3	2	2	4	3	2	5	4	2	1	2	42	5	5	4	4	4	3	4	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	137	
64	5	4	3	3	2	4	4	4	4	4	3	4	43	4	4	4	2	4	5	4	4	4	4	2	5	60	5	5	4	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	52	155	
65	4	3	4	4	4	1	5	4	4	5	2	5	45	5	1	4	2	5	4	4	4	2	4	5	4	57	5	5	2	2	3	2	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	48	150		
66	5	1	1	1	2	5	5	4	5	5	1	5	40	1	1	2	1	4	1	1	4	5	1	1	1	31	5	5	5	1	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	52	123		
67	4	3	2	3	2	4	4	4	4	5	4	3	43	2	5	2	2	5	1	2	3	4	2	2	2	41	5	4	4	3	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	45	129	

N°	DIMENSION FISICA														DIMENSION PSICOEMOCIONAL														DIMENSION ESPIRITUAL														TOTAL								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	Σ	2	13	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Σ	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39		Σ							
	68	5	1	2	2	4	2	1	4	4	5	5	1	5	39	4	5	2	3	4	1	3	4	4	3	3	4	4	4	5	53	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4		5	5	52	144				
69	5	2	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	39	5	4	3	3	4	2	4	4	2	3	4	4	3	4	53	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48	140			
70	5	4	2	2	2	2	4	5	4	3	5	5	43	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	3	5	70	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	51	164	
71	5	2	2	3	4	1	5	3	5	2	4	5	41	5	5	5	4	4	3	4	4	5	4	2	5	4	5	62	5	5	5	4	2	5	4	2	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	5	50	153		
72	5	2	1	2	1	2	3	4	4	4	3	2	5	34	5	3	5	4	4	2	3	5	5	4	4	3	3	59	5	4	5	5	4	3	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	55	148			
73	5	3	1	3	5	1	5	1	5	5	3	2	5	39	5	3	5	5	3	5	3	5	5	4	4	3	3	64	5	5	1	5	2	3	3	5	3	5	5	3	4	5	3	4	5	4	5	46	149		
74	1	2	1	4	1	4	5	5	5	1	1	5	35	5	5	2	5	1	5	5	5	5	5	5	5	2	5	61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	59	155			
75	5	1	2	2	2	3	4	4	4	4	4	5	4	40	4	3	3	3	2	4	3	4	3	2	4	4	3	50	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	41	131	
76	4	2	2	4	2	3	4	2	4	4	4	4	4	39	4	2	4	2	4	2	4	5	3	2	4	4	4	53	4	3	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	42	134	
77	5	1	1	1	1	4	5	4	4	4	2	2	5	35	1	4	4	2	5	2	3	4	5	2	1	4	4	48	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	55	138
78	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	38	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	2	52	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	134
79	4	4	4	3	2	5	4	5	4	5	2	4	46	3	3	4	2	2	2	1	3	4	1	3	2	4	3	41	3	5	2	1	2	2	2	5	3	5	3	5	4	4	4	4	4	5	4	5	39	126	
80	4	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	3	4	39	4	4	4	3	4	4	4	3	2	3	3	4	4	54	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	43	136
81	5	4	2	4	2	1	4	4	4	4	2	4	40	3	2	4	1	4	5	5	4	4	4	3	4	4	54	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	45	139	
82	5	1	1	1	1	1	5	5	5	1	5	5	36	5	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	3	69	5	5	5	4	2	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	56	161
83	5	1	4	4	4	5	5	4	4	1	5	4	46	5	5	5	2	4	5	4	5	4	2	5	4	2	57	4	5	4	4	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	53	156
84	4	2	3	3	1	1	5	4	4	5	2	5	39	5	5	5	2	5	4	5	4	5	4	3	3	4	65	5	5	4	4	4	3	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	54	158
85	5	2	1	1	1	3	5	4	5	4	5	1	37	5	5	5	1	5	4	5	2	5	4	5	5	2	63	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	57	157
86	5	1	1	1	5	3	5	5	5	1	5	5	42	5	5	5	2	4	2	4	5	2	5	3	4	4	59	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	55	156	
87	5	1	1	1	2	1	5	4	5	4	5	5	39	5	5	5	5	4	2	5	5	5	4	5	5	2	66	5	5	4	1	1	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	44	149	
88	4	1	1	1	1	3	4	3	4	2	4	5	33	4	5	5	5	4	5	5	1	5	4	5	5	2	65	5	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	47	145	
89	5	5	4	4	2	1	4	4	4	4	2	4	44	5	5	2	2	5	4	5	4	5	4	4	3	4	61	5	4	2	5	4	2	5	4	2	5	4	2	5	4	5	4	4	5	4	4	49	154		
90	5	1	1	1	1	1	5	5	4	4	3	5	40	5	5	3	3	4	5	4	4	4	4	2	4	3	57	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	143

ANEXO K

MEDICION DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO HACIA EL CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS MEDIANTE LA ESCALA DE ESTANONES

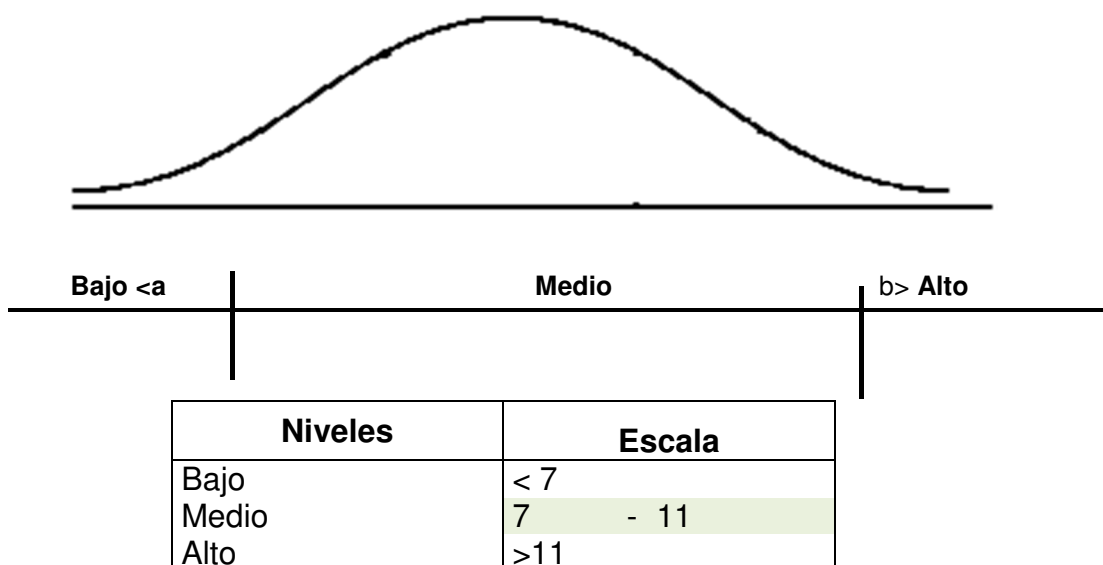
Para establecer los intervalos se aplicó la **Escala de Estanones** la cual propone lo siguientes niveles:

$$\bar{x} = \text{Media Aritmética} = 8.9$$

$$s = \text{Desviación estándar} = 2.5$$

$$\text{Valor límite Medio/Bajo } a = \bar{x} - 0.75(s) = 8.9 - 0.75(2.5) = 7$$

$$\text{Valor límite Alto/Medio } b = \bar{x} + 0.75(s) = 8.9 + 0.75(2.5) = 11$$



ESCALA DE VALORES EN CADA DIMENSION

A. ESCALA DE ESTANONES PARA LA DIMENSIÓN CUIDADO PALIATIVO

\bar{x} = Media Aritmética =2.9

s =Desviación estándar=0.9

Valor límite Medio/Bajo $a=\bar{x}-0.75(s)$ = 2.9- 0.75 (0.9)= 2

Valor límite Alto/Medio $b=\bar{x}+0.75(s)$ = 2.9+ 0.75 (0.9)= 4

Niveles	Escala
Bajo	< 2
Medio	2 - 4
Alto	>4

B. ESCALA DE ESTANONES PARA LA DIMENSIÓN PACIENTE TERMINAL

\bar{x} = Media Aritmética =2.3

s =Desviación estándar=1.1

Valor límite Medio/Bajo $a=\bar{x}-0.75(s)$ = 2.3- 0.75 (1.1)= 2

Valor límite Alto/Medio $b=\bar{x}+0.75(s)$ = 2.3+ 0.75 (1.1)= 3

Niveles	Escala
Bajo	< 2
Medio	2 - 3
Alto	>3

C. ESCALA DE ESTANONES PARA LA DIMENSIÓN CONTROL DE SINTOMAS

\bar{x} = Media Aritmética =3.7

s = Desviación estándar=1.6

Valor límite Medio/Bajo $a = \bar{x} - 0.75(s)$ = 2.3- 0.75 (1.1)= 3

Valor límite Alto/Medio $b = \bar{x} + 0.75(s)$ = 2.3+ 0.75 (1.1)= 5

Niveles	Escala
Bajo	< 3
Medio	3 - 5
Alto	> 5

ANEXO L

MEDICION DE LA VARIABLE ACTITUD HACIA CUIDADO PALIATIVO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL DE LOS ESTUDIANTES DE IV CICLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS MEDIANTE LA ESCALA DE ESTANONES

Para establecer los intervalos se aplicó la **Escala de Estanones** la cual propone lo siguientes niveles:

$$\bar{x} = \text{Media Aritmética} = 145.1$$

$$s = \text{Desviación estándar} = 12.9$$

$$\text{Valor límite M. Favorable/ Desfavorable } a = \bar{x} - 0.75(s)$$

$$= 145.1 - 0.75 (12.9) = 135$$

$$\text{Valor límite Favorable /M. Desfavorable } b = \bar{x} + 0.75(s)$$

$$= 145.1 + 0.75 (12.9) = 155$$



Desfavorable < a

Medianamente Favorable

b > Favorable

NIVELES	Escala
Desfavorable	<135
Medianamente Favorable	135 - 155
Favorable	>155

ESCALA DE VALORES EN CADA DIMENSION

A. ESCALA DE ESTANONES PARA LA DIMENSIÓN FISICA

\bar{x} = Media Aritmética =39.1

s = Desviación estándar= 2.9

Valor límite M. Favorable/ Desfavorable $a = \bar{x} - 0.75(s)$

= 39.1- 0.75 (2.9)= 37

Valor límite Favorable /M. Desfavorable $b = \bar{x} + 0.75(s)$

= 39.1+ 0.75 (2.9)= 41

NIVELES	Escala
Rechazo	<37
Indecisión	37 - 41
Aceptación	>41

B. ESCALA DE ESTANONES PARA LA DIMENSIÓN PSICOEMOCIONAL

\bar{x} = Media Aritmética =56.0

s = Desviación estándar= 8.5

Valor límite M. Favorable/ Desfavorable $a = \bar{x} - 0.75(s)$

= 56.0- 0.75 (8.5)= 50

Valor límite Favorable /M. Desfavorable $b = \bar{x} + 0.75(s)$

= 56.0+ 0.75 (8.5)= 62

NIVELES	Escala
Rechazo	31 - 50
Indecisión	50 - 62
Aceptación	62 - 70

C. ESCALA DE ESTANONES PARA LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL

\bar{x} = Media Aritmética =50.1

s = Desviación estándar= 5.9

Valor límite M. Favorable/ Desfavorable $a = \bar{x} - 0.75(s)$

= 50.1- 0.75 (5.9)= 46

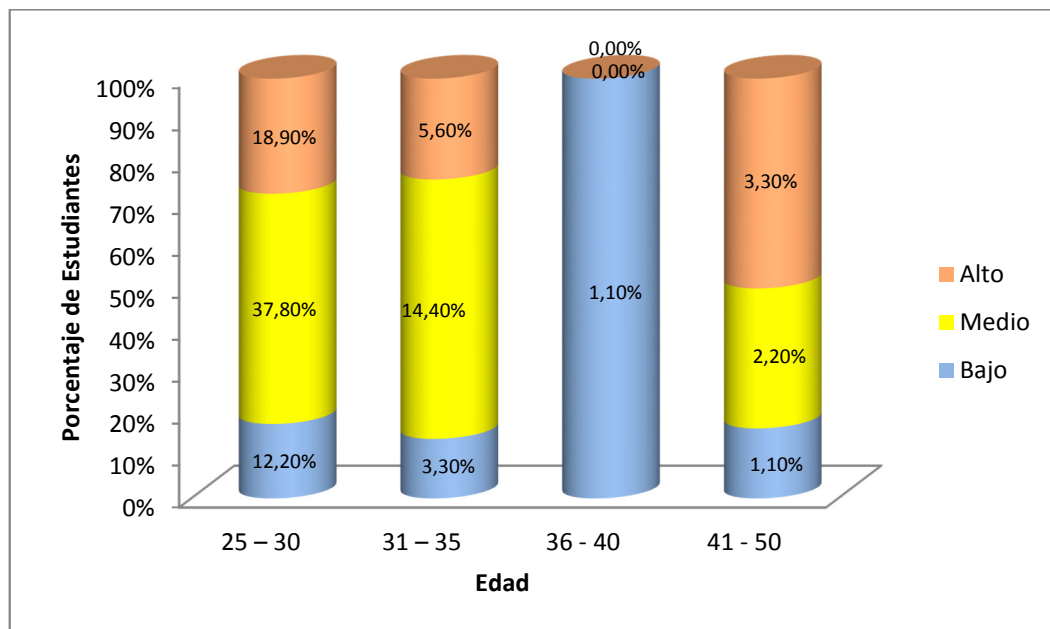
Valor límite Favorable /M. Desfavorable $b = \bar{x} + 0.75(s)$

= 50.1+0.75 (5.9)= 55

NIVELES	Escala
Rechazo	< 46
Indecisión	46 - 55
Aceptación	>55

ANEXO “M”

CONOCIMIENTOS SEGÚN EDADES DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

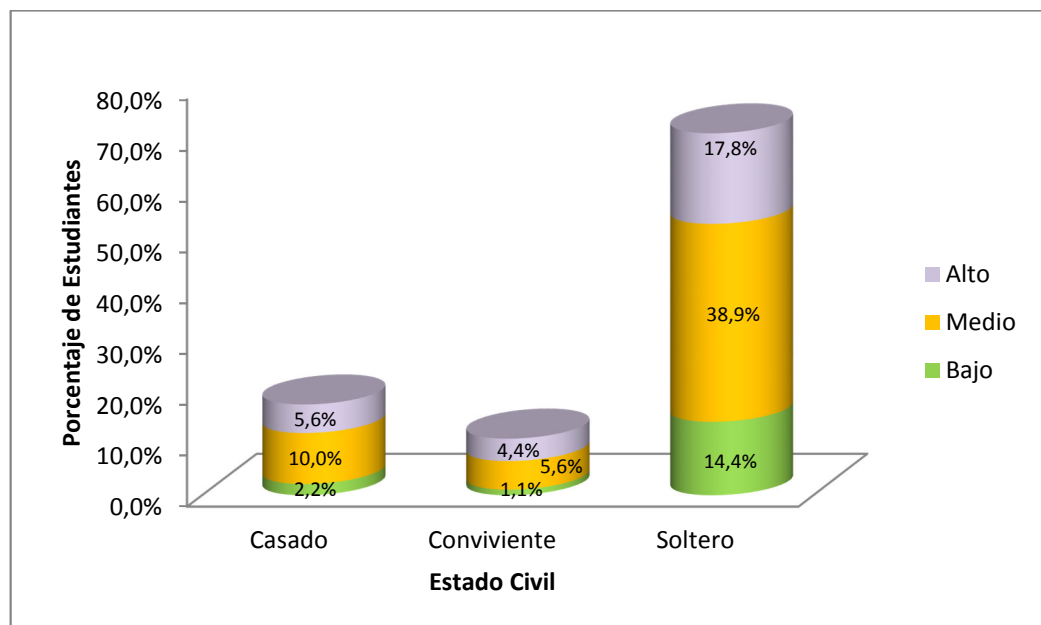


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS .2014

En el Anexo “M” se aprecia que, del total de encuestados, el 37.8% de los estudiantes mostraron en su mayoría un nivel medio de conocimientos y se encontraban entre las edades de 25 a 30 años.

ANEXO "N"

CONOCIMIENTOS SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

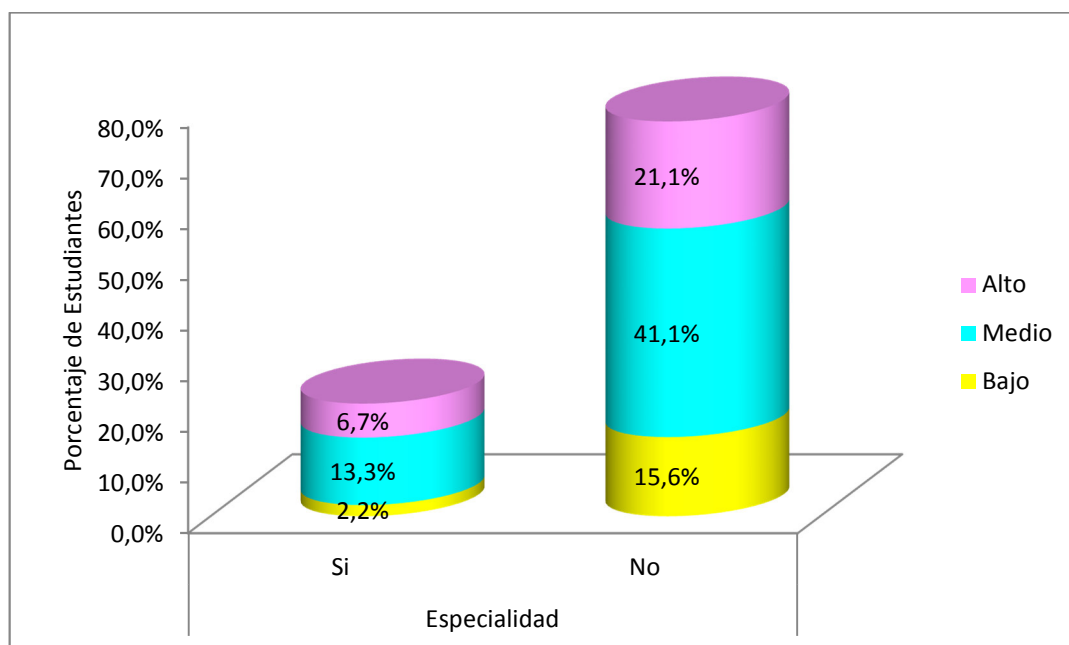


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el ANEXO "N" se aprecia que, del total de encuestados, el 38.9% de los estudiantes mostraron en su mayoría un nivel medio de conocimientos siendo este grupo solteros.

ANEXO "O"

CONOCIMIENTOS SEGÚN ESPECIALIDAD ADICIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

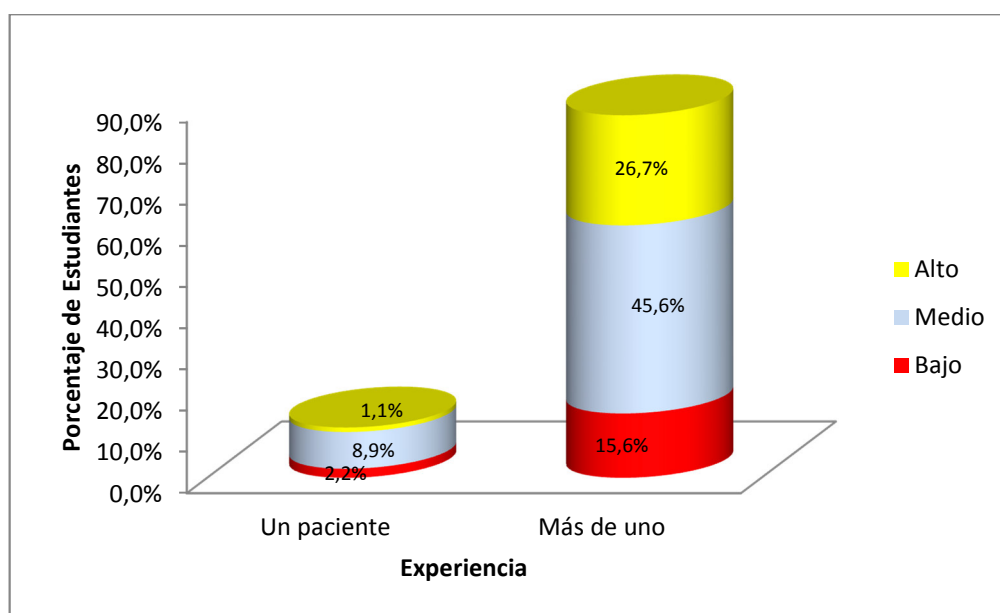


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Anexo "O" se tiene que, del total de encuestados, el 41.1% de los estudiantes mostraron en su mayoría un nivel medio de conocimientos, pero no tenían especialidad.

ANEXO "P"

CONOCIMIENTOS SEGÚN CANTIDAD DE ATENCION DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

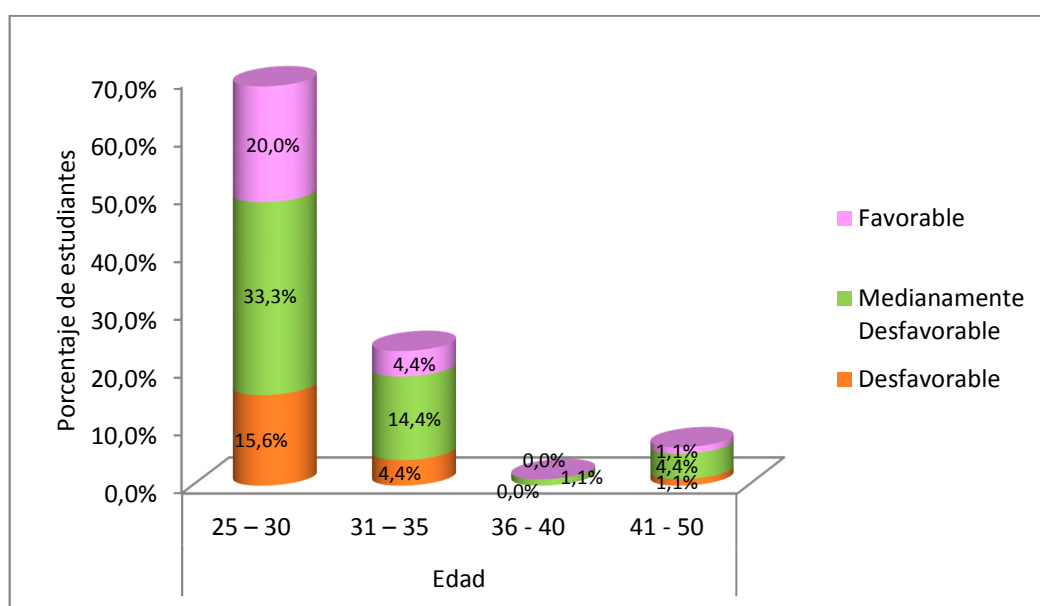


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Anexo "P" se tiene que, del total de encuestados, el 41.1% de los estudiantes mostraron en su mayoría un nivel medio de conocimientos y habían atendido más de un paciente.

ANEXO "Q"

ACTITUDES SEGÚN EDADES DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

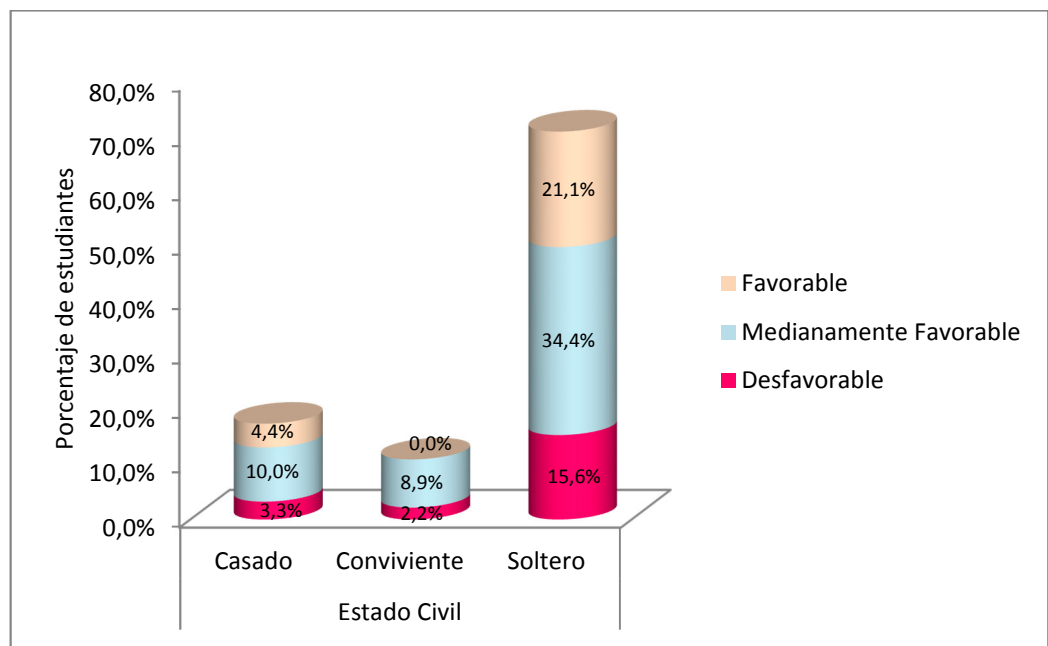


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Anexo "Q" se aprecia que, del total de encuestados, el 33.3% de los estudiantes mostraron en su mayoría actitud medianamente favorable y se encontraban entre las edades de 25 a 30 años.

ANEXO "R"

ACTITUDES SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

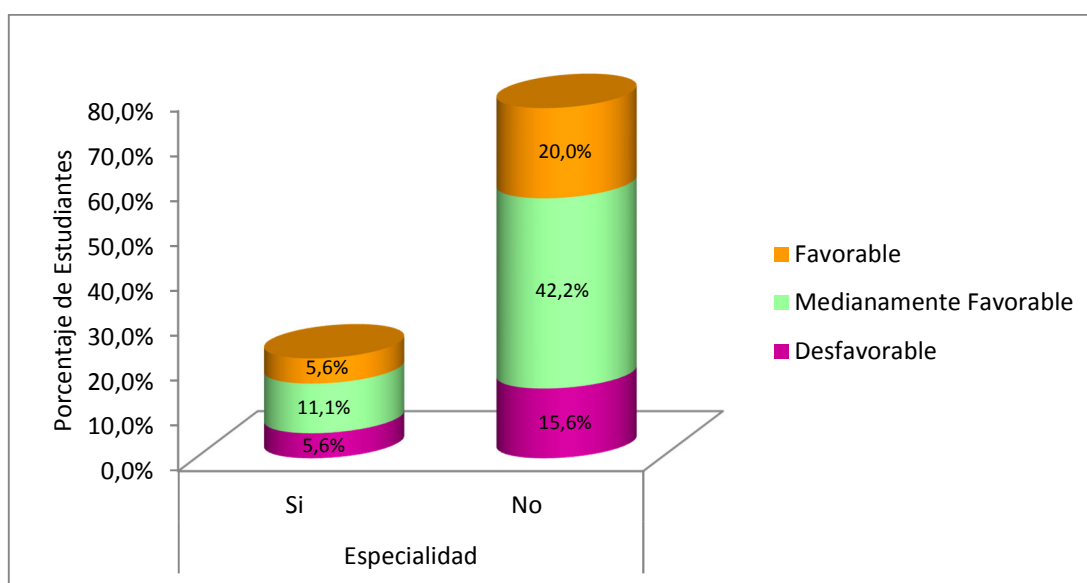


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Anexo "R" se aprecia que, del total de encuestados, el 34.4% de los estudiantes mostraron en su mayoría actitud medianamente favorable, siendo este grupo solteros.

ANEXO “S”

ACTITUDES SEGÚN ESPECIALIDAD ADICIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

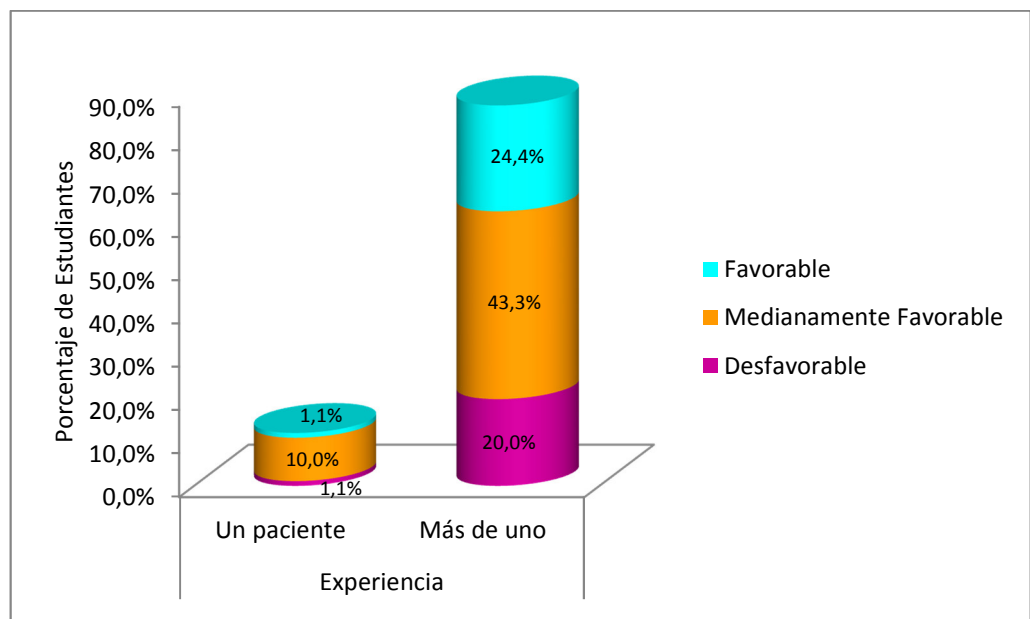


Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Anexo “s”, se tiene que, del total de encuestados, el 42.2% de los estudiantes mostraron en su mayoría actitud medianamente favorable y además no tenían otra especialidad.

ANEXO "T"

CONOCIMIENTOS SEGÚN EXPERIENCIA EN LA ATENCION DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014



Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

En el Anexo "T" se tiene que, del total de encuestados, el 43.3% de los estudiantes mostraron en su mayoría Actitud medianamente favorable habiendo atendido a más de un paciente.

ANEXO “U”

CONOCIMIENTOS SEGÚN ESPECIALIDADES DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE IV CICLO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS LIMA-PERÚ 2014

Especialidades		Conocimientos			Total
		Bajo	Medio	Alto	
UCI	Recuento	4	12	1	17
	% del total	4.4%	<u>13.3%</u>	1.1%	18.9%
NEONATOLOGIA	Recuento	0	10	1	11
	% del total	.0%	<u>11.1%</u>	1.1%	12.2%
NEFROLOGIA	Recuento	2	4	10	16
	% del total	2.2%	4.4%	<u>11.1%</u>	17.8%
EMERGENCIA	Recuento	8	8	2	18
	% del total	<u>8.9%</u>	<u>8.9%</u>	2.2%	20.0%
CENTRO QUIRURGICO	Recuento	1	6	5	12
	% del total	1.1%	<u>6.7%</u>	5.6%	13.3%
ONCOLOGIA	Recuento	0	6	5	11
	% del total	.0%	<u>6.7%</u>	5.6%	12.2%
CARDIOLOGIA	Recuento	1	3	1	5
	% del total	1.1%	<u>3.3%</u>	1.1%	5.6%
Total	Recuento	16	49	25	90
	% del total	17.8%	54.4%	27.8%	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

Según el anexo “U”. La especialidad de nefrología presenta más conocimiento en el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal con un 11.1 % en conocimiento alto. Mientras que oncología muestra un 5.6% en conocimiento alto y 6.7% en conocimiento medio. Las especialidades como: neonatología 11.1%, centro quirúrgico 6.7%, cardiología 3.3% presentan conocimiento medio respectivamente y emergencia un 8.9% conocimiento bajo.

ANEXO “V”

**ACITUDES SEGÚN ESPECIALIDADES DE LOS ESTUDIANTES DE
LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DE IV CICLO
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
MAYOR DE SAN MARCOS
LIMA-PERÚ
2014**

Especialidad		Actitud			Total
		Desfavorable	Medianamente Favorable	Favorable	
UCI	Recuento	4	7	6	17
	% del total	4.4%	<u>7.8%</u>	6.7%	18.9%
NEONATOLOGIA	Recuento	1	8	2	11
	% del total	1.1%	<u>8.9%</u>	2.2%	12.2%
NEFROLOGIA	Recuento	2	7	7	16
	% del total	2.2%	<u>7.8%</u>	<u>7.8%</u>	17.8%
EMERGENCIA	Recuento	6	11	1	18
	% del total	6.7%	<u>12.2%</u>	1.1%	20.0%
CENTRO QUIRURGICO	Recuento	1	8	3	12
	% del total	1.1%	<u>8.9%</u>	3.3%	13.3%
ONCOLOGIA	Recuento	2	7	2	11
	% del total	2.2%	<u>7.8%</u>	2.2%	12.2%
CARDIOLOGIA	Recuento	3	0	2	5
	% del total	<u>3.3%</u>	.0%	2.2%	5.6%
Total	Recuento	19	48	23	90
	% del total	21.1%	53.3%	25.6%	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en estudiantes IV ciclo de la especialidad UNMS. 2014

Según el Anexo “V”. La especialidad d Nefrología presenta una actitud favorable con (7.8%) al igual que actitud medianamente favorable con (7,8%). Las especialidades como UCI (7,8%), Neonatología (8.9%), Emergencia (12.2%), Centro Quirúrgico (8.9%), oncología (7.8%) presentan actitud medianamente favorable y La especialidad de cardiología con (3.3%) desfavorable.