

Universidad de la Frontera  
Facultad de Medicina

Peter Maria Santander Martin

EXISTE UNA COPIA  
DISPONIBLE PARA PRESTAMO

## **Etapas Finales de la Vida y el Morir**

### **Propuesta de una Enfermera de Villarrica para Dignificar al Paciente Terminal Rural**

Tesis presentada a la Universidad de la  
Frontera, Facultad de Medicina, para  
obtener el Grado de Licenciado en  
Enfermería, con mención en Gestión en  
Cuidado en Salud.

Autora: Sra. Arlette Astigarraga López

LEMUCG  
2002

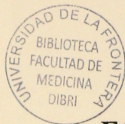
5232e

Universidad de la Frontera  
Facultad de Medicina

2002

Petra María Santander Martínez

C-1



## Etapa Final de la Vida y el Morir

### Propuesta de una Enfermera de Villarrica para Dignificar al Paciente Terminal Rural

24681



Tesina presentada a la Universidad de la  
Frontera, Facultad de Medicina para  
obtener el Grado de Licenciado en  
Enfermería, con mención en Gestión del  
Cuidado en Salud.

Tutora: Sra. Arletti Arriagada López

TEMUCO  
2002

- 44446 -



## ÍNDICE

|     |                                                       |    |
|-----|-------------------------------------------------------|----|
| I   | Introducción.....                                     | 01 |
| II  | Problema.....                                         | 02 |
| III | Marco teórico.....                                    | 03 |
|     | 1.- Relación histórica.....                           | 03 |
|     | 2.- Visiones sobre la muerte.....                     | 08 |
|     | 3.- Paciente terminal.....                            | 12 |
|     | 4.- Realidad del Paciente terminal en Villarrica..... | 16 |
| IV  | Propuesta.....                                        | 24 |
| V   | Conclusión.....                                       | 29 |
| VI  | Anexos.....                                           | 31 |
| VII | Bibliografía.....                                     | 37 |

*Para mi Marido y mis Hijos,  
su apoyo fue fundamental.*

1000 9100

Agradecimientos:

A mi Profesora Guía, Sra. Arístide Arriagada

A Sra. Paula Astudillo

Al cuerpo Docente del Departamento de Enfermería,

Facultad de Medicina Universidad de la Frontera

A mis colegas Sra. Angélica Narandarena

Sra. Susana Román

A Sra. Nayareth Leighton

A mis compañeros de Licenciatura

A mis vecinos Sra. Jovita Chiquenito Protti

Don Clemente Carrilaf Huancuf

Don Alejandro Melado Roca

**Para mi Marido y mis Hijos,  
su apoyo fue fundamental.**

Dr. Agosto 2007

Agradecimientos:

*A mi Profesora Guía, Sra. Arletti Arriagada*

*A Sra. Paula Astudillo*

*Al cuerpo Docente del Departamento de Enfermería,*

*Facultad de Medicina Universidad de la Frontera*

*A mis colegas Sra. Angélica Norambuena*

*Srta. Susana Román*

*A Sra. Nayareth Leighton*

*A mis compañeras de Licenciatura*

*A mis vecinos Sra. Juana Cheuquenao Proma*

*Don Cloromiro Catrilef Huenulef*

*Don Alejandro Mellado Ñancupán*



## I INTRODUCCIÓN

“Le quedan pocos meses de vida, pueden ser 2 a 6 meses”. Esta sentencia que entrega el equipo de salud a 1 de cada 4 personas que está en etapa terminal de su enfermedad también será entregada en algún momento a uno de nosotros y suena como la trompeta del juicio final, pero es la indescriptible experiencia frente a la muerte próxima e ineludible del enfermo terminal.

La muerte escapa a la historia, a la ciencia, al arte y hace dudar la fe más sólida. La historia de la muerte marca el ciclo vital y ha teñido la ciencia del hombre con la oscuridad mas profunda y por que no decirlo, con su absoluto fracaso.

La muerte ha cruzado las culturas con diferentes rituales que delinean un hilo de esperanza expresado en la cosmovisión y el nivel socio-económica de cada individuo. Ninguna cultura ha quedado indemne al término de la vida y al terrible deseo de trascender.

En este trabajo se describe la situación del paciente terminal rural de Villarrica con los problemas de accesibilidad a su hogar, la pobreza y el abandono que vive cuando debe enfrentar una enfermedad terminal. Se presenta además algunas reflexiones con el objeto de incorporar la muerte a la cultura y a la vida, revisando la historia y los aportes de diferentes autores en un tema tan controvertido como es la muerte y el morir.

Se propone finalmente un Proyecto de Trabajo del equipo de salud del Hospital y Consultorio de Villarrica para los pacientes terminales rurales de la comuna, organizado en tres etapas, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención y así dignificar su muerte, en una sociedad de consumo donde los pobres siempre están al margen. Como se trata de un proyecto a largo plazo, este trabajo se orienta principalmente a fundamentar el planteamiento de la Propuesta.

## II PROBLEMA

### III MARCO TEÓRICO

Los pacientes terminales de Villarrica tienen una amplia cobertura por el programa “Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos”, sin embargo, los pacientes terminales de origen rural reciben una atención insuficiente. Debido a las dificultades de acceso, sus precarias condiciones de vivienda, su cultura, y en muchos casos, la falta del apoyo familiar por la migración de los integrantes más jóvenes de la familia. Ellos representan el grupo más vulnerable, lo que lleva al paciente y a su familia, vivir de forma más dolorosa los sufrimientos propios de una enfermedad terminal.

### Pregunta

¿Cómo mejorar la calidad de atención a todos los pacientes terminales rurales de la comuna Villarrica?

### Objetivo General

Reorientar y definir líneas de acción hacia el paciente terminal rural y su familia de la Comuna de Villarrica para lograr mejorar la calidad de atención.

### Objetivo Específico

- Profundizar el conocimiento de la realidad del paciente terminal rural.
- Determinar los recursos existentes de la comuna de Villarrica.
- Plantear una propuesta de trabajo.

### III MARCO TEÓRICO

#### 1) Relación Histórica

La sobrevivencia, la vida, la enfermedad y la muerte son preocupaciones fundamentales del hombre, desde su origen, con hallazgos relacionados de hace más de 50.000 años.

El culto a los muertos penetra en la prehistoria mucho más allá que la tradición del lenguaje.

##### a) Egipto

No existe otro país donde una cultura se desarrolló y extendió tanto tiempo como Egipto. Sus épocas dinásticas abarcan los últimos 3000 años a.C. con 30 dinastías. Entre las civilizaciones prístinas, la cultura egipcia tenía como una de sus preocupaciones más importante la inmortalidad, lo que exigía a la persona una conducta moral muy rigurosa durante toda su vida, para recibir este beneficio, la inmortalidad, la cual estaba establecida en el libro de los muertos del Dios Osiris, el cual fue tanto el Dios de los muertos como el Dios de la fertilidad.

Esta creencia originó un culto a los muertos tan intenso que motivó el desarrollo de técnicas complejas y muy caras para embalsamar los cadáveres y la construcción de grandes pirámides.

Estos procesos reflejaban la situación y diferencia social de las personas ya que la calidad del mismo y el tamaño de las tumbas era muy oneroso.

En los papiros encontrados se muestra un gran conocimiento en la atención de los enfermos. La información más importante se encontró en los dos principales papiros médicos escritos hacia el final del segundo periodo Intermedio (dinastías XIII – XVII) alrededor del 1600 a.C., en poder de



Ebers, traducidos por Joachim en 1890 y en el segundo papiro, propiedad del Edwin Smith, traducido en 1930 por Breadsted.

El hecho más relevante de la medicina egipcia arcaica es la separación en los elementos religioso, mágico y médico empírico. Habían sacerdotes, magos y médicos para el cuidado de los enfermos y el ciudadano podía elegir.

El sacerdote tenía mas influencia sobre el estado psicológico del paciente, le daba paz y confianza lo cual podía influir bastante sobre el proceso de curación. Cada parte del cuerpo estaba regida por un dios, por lo tanto se dedicaban las oraciones al dios correspondiente de la parte enferma y aplicaban medios mágicos – religiosos usando sustancias naturales de origen animal, vegetal o mineral. Algunas sustancias usadas producían efectos farmacológicos, como opio, papaverina, la digital y otros.

Los médicos empíricos usaban las mismas sustancias pero sin el acompañamiento mágico. Ellos se formaban en templos y mantenían un sistema jerarquizado ordenado con rangos entre si, con ciertas especializaciones, vale decir un grupo de médicos para cada enfermedad.

El médico observaba, interrogaba, y palpaba al paciente. Según los papiros muchas enfermedades estaban identificadas. Después de haber hecho el diagnóstico, el médico se relacionaba con el enfermo acorde a su pronóstico. El pronóstico se dividía en 3 alternativas a saber, primero una enfermedad que curaré, segundo una enfermedad que combatiré y tercero una enfermedad que no puede ser curada.

Era muy común la actitud de los médicos de no tocar los enfermos que parecían incurables.\*

---

\* Apuntes sobre la Historia de la Medicina Universidad Católica de Chile

## b) China

En la China antigua el culto a los muertos se fundamenta en el culto a los antepasados, los cuales merecían el respeto y la preocupación de los vivos. La importancia existencial de la muerte se refleja en los escritos de Confucio (551 – 479 a.C.). En el libro de las canciones se lee, haciendo alusiones a la grave enfermedad de Tseng-Tsé, cuyas manos y piernas con signos de enfermedad:

*"su contemplación produce miedo y temblor,*

*como si estuvierais ante un profundo abismo*

*como si os aventuraseis sobre una delgada capa de hielo."*

Y Tseng-Tsé, reconociendo la gravedad de su enfermedad, exclama:

*"cuando el pájaro se haya cerca de la muerte, su canto se torna triste.*

*Cuando el hombre se haya cerca de la muerte, sus palabras son sinceras y veraces" \**

## c) Grecia

En la mitología griega los humanos recibieron las enfermedades y la muerte como castigo del Dios Zeus según la leyenda de Prometeo, quien roba el fuego a los dioses para entregárselos a los humanos. Zeus enfurecido crea la mujer Pandora y la envía con un regalo a la tierra, el cual contiene todos los males, entre ellos las enfermedades, lo que causó que desde ese momento los humanos se enfermaron y no morían de una muerte suave como hasta entonces, sino penosamente.\*\*

---

\* Los cuatro libros Clásicos, Confucio

\*\* Die schönsten Sagen des Altertums, Schab

#### d) Cristianismo

En el antiguo Testamento entra la muerte como un castigo: *“no comerán de él, ni lo toquen, si lo hacen, morirán”*. Y después como sentencia: *“con el sudor de tu frente, comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque polvo eres y al polvo volverás”*\*\*

En la creencia cristiana, al igual como en otras culturas antiguas, los humanos deben presentarse después de la muerte a un juicio final.

#### e) Europa Medieval

La cultura de la Europa Medieval estaba caracterizada por el teocentrismo, sobre esta base la religión católica dominaba todos los ámbitos de la vida. En relación a la muerte, la Iglesia Católica proclamaba al infierno, como castigo a las faltas al comportamiento moral, período que se extendió entre los siglos X al XV. A partir de este concepto, el rito en torno a la muerte se realizaba en la casa del moribundo y este estaba acompañado por un representante de la iglesia y su familia, quienes rezaban intensamente. La medicina de la época no presentó gran desarrollo. \*\*

En el mundo musulmán se destacó la medicina árabe que incluyó la España Árabe, donde sobresalieron varias escuelas de medicina. Lo que influyó sin duda en varios países de Europa que siguieron el ejemplo de las escuelas árabes. \*\*\*

Este tiempo se caracterizó por muertes masivas producto de epidemias causadas por pestes como la peste negra o la viruela que arrasaban muchas comarcas.

---

\* Biblia Latinoamericana génesis 3 y 3.19

\*\* Historia Universal, Patricia Jiménez, Diana Salgado, Fernando Soto

\*\*\* Enciclopedia Cultural, Marín Civera



## **f) Europa Renacentista**

Luego del teocentrismo europeo, se produce un gran cambio en la visión del hombre y del mundo. El hombre ocupa el centro del universo, lo que conocemos como antropocentrismo, desarrollado en los siglos XV y XVI y no es Dios la medida de todas las cosas. \*

Desde este período los cambios relativos a la concepción de muerte no han experimentado mayor relevancia.

## **g) Mundo Globalizado**

El proceso de globalización no ha producido cambios fundamentales en la cultura de la muerte, tampoco ha aportado elementos para incorporarla en nuestra vida.

En nuestra cultura occidental hay una tendencia a ocultar la muerte, a expulsarla del mundo de los vivos, porque contrasta con los valores de una sociedad hedonista, competitiva, triunfadora, de libre mercado. En una sociedad de constantes avances tecnológicos donde lo imposible es casi posible, la muerte está vista como un fracaso de la ciencia, no es comprensible y está fuera de la cultura del consumo. La muerte en nuestra cultura no es parte de un ciclo sino como un hecho imprevisible y extraño. En este entorno entregar a un paciente un diagnóstico que significa su pronta muerte, es entregarlo a un camino aberrante y por supuesto inaceptable. En esta experiencia de caos se confronta pronta y paulatinamente con un futuro de mucho dolor, sufrimiento, destrucción de su cuerpo, deterioro del aspecto físico y el horror a la exclusión de la vida por ser incompatibles con los valores de nuestra cultura. A esto se suma el miedo a la muerte que naturalmente está presente en la persona humana. \*\*

---

\* Historia Universal, Oscar Secco

\*\* Bioética y Antropología, Lolás; La ética ante la muerte y el derecho a morir, Bauduin y Blondeau

## h) Chile

Entre las culturas antiguas de Chile existen hallazgos de tumbas que nos indican que la cultura de los Atacameños y Diaguitas tenían un importante rito funerario y la creencia en una vida después de la muerte, siendo esto visible en la construcción de urnas funerarias de piedra que contenían al difunto con presencia de utensilios y joyas labradas.\*

El pueblo Mapuche, el que más resistió ante la conquista española tenía como cada etnia sus valores y creencias y desarrollaron su propia cultura hacia la muerte. Se observan dos formas de entender la muerte, en primer lugar las enfermedades y la muerte son explicadas a través de las fuerzas del mal, de los brujos, en segundo lugar, en la muerte ven la posibilidad de acceder a la categoría de ancestro auténtico, lo que les entrega poderes sobre su comunidad de origen. \*\*

## 2) Visiones sobre la Muerte

### Sócrates:

*“La muerte no corresponde ser temida, porque nadie sabe en que consiste. Tenerle miedo es pretender ser sabio sin serlo”.* Sócrates tiene una actitud racional frente a la muerte, además encuentra elementos de esperanza auténtica, la muerte como un bien, porque la muerte puede ser un dormir eterno sin sueños es decir un logro, o bien un ingreso a un mundo en el cual podemos tomar contacto con nuestros antepasados lo cual sería una gran felicidad. \*\*\*

---

\* Resumen de la Historia de Chile, Francisco Encina

\*\* La síntesis Religiosa del pueblo Mapuche a través de su concepción de la muerte, Elisabeth Montañares

\*\*\* Platón “Fedón o de la inmortalidad del Alma” Escritos sobre Sócrates

### **Cristianismo:**

Hay muchas religiones que ven en la muerte un acto de purificación, el paso a una vida mejor. Destaca San Francisco en el ámbito cristiano, quien ha entregado una extraordinaria cercanía y humanidad a la muerte. Muy enfermo y pronto a morir escribe el “Cántico al hermano sol” donde incluye un concepto nuevo de “hermana muerte”. Esta postura hacia la muerte, abre una nueva disposición, incorporándola familiar y naturalmente en la experiencia de fe.\*

### **Cultura Mapuche**

Los Mapuche tienen la creencia en un alma inmortal que tiene que recorrer una ruta “horizontal” antes de llegar a su destino final. Ellos creen que el espíritu se aparta del cuerpo del moribundo para avisar su muerte a los parientes más cercanos por intermedio de sueños, después acompañan al difunto en un velorio. El velorio tiene una duración de cuatro días, ya que este tiempo es el necesario para que el espíritu y el alma se retiren completamente del cuerpo. De acuerdo al rango y poder del fallecido será necesario aumentar los días del velorio.\*\*

### **Visiones sobre la enfermedad y la muerte de integrantes de la comunidad de Putue Alto, ubicada en la cercanía de Villarrica:**

#### **Primer testimonio:**

“La enfermedad es algo natural, pero depende de la experiencia de cada persona. Hay enfermedades que no pueden sanar los médicos, para estas enfermedades hay que ir donde un machi. El o la machi descubren si la enfermedad viene de un “mal” provocado y por medio de diversas oraciones saben si se puede sanar o no. Si una enfermedad no se puede sanar se acepta.”

---

\* San Francisco de Asís, Antonio Guerra

\*\* Síntesis Religiosa del pueblo Mapuche a través de su concepción de la muerte, Elisabeth Montanares



Los médicos y la gente del hospital tienen poca fe en la medicina de las machis. Los antiguos presentían la muerte y daban indicaciones a sus familiares para preparar las cosas, si el moribundo estaba acostado deseaba salir y ver sus campos. Después de la muerte se velaba dos a tres noches. El muerto debe llevar todas sus cosas personales, también hay que colocar en el ataúd pan, muday, mate y carne, hay que sacarle todos los botones, el cinturón, los tacos para que el espíritu vaya tranquilo y no sufra. Para la ceremonia del velorio se mata el mejor animal y se ocupan las mejores cosechas. Cuando se saca al muerto de su casa, se deja ceniza en el suelo, si después se encontraba una huella de pie en la ceniza indicaba que una de las personas presentes sería la próxima en morir. Para enterrar el difunto se acompaña al muerto conversando sobre él y cantando para que vaya contento recordando su vida, siempre hay que pedir que en su camino le vaya bien y que no se devuelva. Las personas que han hecho algo malo no alcanzan a llegar al cielo y siguen andando en la casa... uno las siente, pero no causan mal. Sin embargo su espíritu sufre.

No hay encuentro con los antepasados después de la muerte, hay que ir a visitar a los muertos y llevarles vino y muday a la tumba.

El consumo de carne de león dificulta la muerte y hay que dar un golpe seco bajo la cabecera con la parte atrás de un hacha.”

Testimonio de doña Juana Cheuquenao Porma y don Clodomiro Catrilef Huenulef.

Segundo testimonio:

“Hay enfermedades naturales que sanan los médicos y hay enfermedades sobrenaturales que son difíciles de sanar. Estas están causadas por personas que han fallado ante Dios, porque somos un pueblo con defectos y virtudes y Dios los maneja según les merece.

Algunas de estas enfermedades tienen remedio por medio del machi. Si son enfermedades por una falla contra Dios el machi no puede hacer mucho, sino el mismo debe rogarle a Dios. Si es una enfermedad enviada, esta es combatible por el machi. Los errores más graves son las fallas que uno hace en una rogativa, estas son casi incurables. Hoy día los machis ya no llevan la misma preparación como antiguamente, cuando eran preparados por otros machis que eran más fuertes.

La envidia enferma mucho y destruye al pueblo, nosotros no fuimos conquistados, sino destruidos, la traición, pobreza y atraso tienen mal a nuestro pueblo, pero es un pueblo muy cercano y querido por Dios.

Los muertos vuelven hacia Dios y protegen a los vivos desde el más allá. Frente a una rogativa el pueblo mapuche solo puede tener un si y un no... no hay cosas entre medio. Las celebraciones de una persona importante es como una rogativa. Se corren cuatro vueltas a caballo para la despedida y son tres días de velorio. Se presiente la muerte y los sueños indican o avisan muchas veces algo y esto compromete a actuar.

Antiguamente la presencia de la muerte era más clara, porque se escuchaba más a Dios. Los hijos deben velar por sus padres hasta el final.. así era la creencia antigua, pero muchos han perdido estas creencias.”

Testimonio de don Alejandro Mellado Ñancupán.

### 3) El Paciente Terminal.

Como pacientes terminales se definen aquellos pacientes que presentan una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, sin respuesta positiva a los tratamientos con un pronóstico de vida inferior a los seis meses.

La muerte nos aleja de todo lo conocido y amado, nos enfrenta a lo desconocido. Esto es generalmente inaceptable para el ser humano ante lo cual se revela. Comúnmente pasa por cinco diferentes fases emocionales para confrontar dicha realidad. Dichas fases fueron descritas clásicamente por la doctora Elisabeth Kübler Ross y cada paciente las vive en forma individual, pero son características y muchas veces se muestran entrelazadas. \*

Varios aspectos emocionales hacen sufrir al paciente, pero los más agobiantes son los remordimientos por actitudes ingratas, egoístas, falta de amor cometidas, siente que es demasiado tarde para reparar el daño causado y se hace mas presente el sentimiento de la temporalidad donde los momentos vividos ya son irre recuperables.

Otro aspecto que causa mucho sufrimiento al enfermo terminal es, junto al deseo de luchar contra la muerte con todo los medios posible, ver sus seres queridos sufriendo por él, teme causarles grandes esfuerzos económicos y dejarlos desamparados.

Son poco los enfermos terminales que centran todo su interés en su enfermedad, muchos mantienen activos sus intereses si el estado de salud lo permite, participan en los quehaceres de la familia, en los acontecimientos actuales, en sus antiguos trabajos, en las cosechas y es necesario apoyarlos e incentivarlos.\*\*

---

\* Was können wir noch tun, Dra. Elisabeth Kübler Ross

\*\* Ética y Bioética, Dr. Armando Roa



A medida que va avanzando la enfermedad, aumenta el deterioro físico con toda sus complicaciones, se intensifica paulatinamente el dolor que es lo más temido para el paciente y su familia, se alteran las funciones fisiológicas como dificultades para orinar o defecar, aparecen dificultades para alimentarse y movilizarse, se suman las patologías propias del paciente postrado entre ellas las úlceras por presión, sin olvidar las intervenciones del equipo de salud para suplir las falencias del organismo que muere como las sondas naso-gástrica y foley, entre otras. En pocas palabras, se desarrolla todo un calvario, que se reitera, el paciente no acaba de entender. Para enfrentar esta etapa, para apoyar al paciente y a su familia, el Ministerio de Salud ha implementado desde 1995 un programa nacional para Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos que actualmente está implementado en trece Servicios de Salud en todo el país.\*

El paciente, consciente de su condición terminal se imagina su trayectoria, entre esperanzas y angustias se va proyectando para enfrentar los sucesos terribles que teme, de los cuales desea huir pero sabe que no hay escapatoria, por lo cual toma decisiones hasta donde luchar y cuando llega el momento de interrumpir o abandonar un tratamiento.

Para el enfermo la muerte es su muerte y es comprensible que quiere dirigir el proceso según sus condiciones, sus expectativas y valores. Aquí muchas veces nacen los conflictos con el equipo médico y con el grupo familiar. A veces su voluntad de no seguir un tratamiento o no realizar una intervención es ignorada y el paciente se ve condenado a luchar una lucha perdida contra una muerte inevitable, aun cuando el médico es presionado a realizar todo lo posible para conservar la vida del enfermo, no debe negar al enfermo el control sobre un momento tan importante de su vida.

---

\*Programa Alivio del dolor y Cuidados Paliativos – Normas de Enfermería

Cuando la enfermedad es tan avanzada que el paciente no está en condiciones de expresar su voluntad sea por compromiso cerebral orgánico o por efecto de las drogas entre otras causas, dicha responsabilidad recae en manos de los familiares.

La familia muchas veces no logra conciliar una decisión que respete la voluntad del paciente y evite asumir responsabilidades. El médico tratante debe asumir y tomar decisiones que rebasan su responsabilidad.

Hay familiares que no aceptan la voluntad manifestada por el enfermo en su estado de lucidez y presionan al equipo de salud para continuar con el tratamiento combatiendo la muerte hasta el final para no perder la tranquilidad de haber hecho todo para salvar al pariente. Muchas veces esto ayuda a aceptar de alguna manera la muerte del ser querido.

En otros casos, los familiares no son capaces de enfrentar la situación y delegan las decisiones al equipo médico, aun cuando las acciones del profesional no respeten la voluntad del enfermo y podrían incluirse en la condición de ensañamiento terapéutico.

Es importante y cada vez mas, tener presente los aspectos éticos en el cuidado y atención del paciente terminal, evitando tanto la muerte inducida como el ensañamiento terapéutico, en lo posible es importante contar con el consentimiento informado.

El ensañamiento terapéutico se refiere al tratamiento médico que no guarda relación con la condición del paciente, cuya consecuencia directa prolonga el sufrimiento del enfermo.

En la lucha contra las enfermedades, la tecnología nos entrega con su constante avance, día a día más posibilidades de prolongar la vida humana y la posibilidad de retrasar la muerte supliendo la incapacidad del organismo con máquinas. Las implicancias e influjos de la tecnología confunden y dificultan en muchas ocasiones establecer cuando una vida humana ha llegado a su fin natural.

La práctica del ensañamiento terapéutico atenta contra la dignidad de la persona y dificulta aún más la posibilidad de aceptar la muerte como un proceso natural del ciclo vital. El miedo a morir se transforma en un miedo a morir mal.\*

#### a) Situación Geográfica y Habitante

Villarrica se encuentra ubicada en el sector sur oriente de la IX Región de la Zona Sur. Tiene una superficie de 1.291,3 km<sup>2</sup> y una población de 45.350 habitantes con una densidad de 35,1 personas / km<sup>2</sup>, la cual es predominantemente urbana. La diversificación por rango de edad es la siguiente: niños 28,97%, jóvenes 7,8 % adultos 51,96% y adultos mayor 11,20%. corresponden a la comuna Mapocho un 19,86% de la población mayor de 14 años. Según los resultados de la encuesta CASEN del año 2000, en la comuna de Villarrica, el 4,6% de la población se encuentra en situación de indigencia y el 15,3% en situación de pobreza. Los mapas de distribución que ilustran estos resultados se encuentran en el capítulo VI Anexo 6.

La actividad económica de Villarrica está basada principalmente en el turismo, con una amplia infraestructura para ello. También se destaca el sector de artesanías en madera y fibras de muchos característicos, en conjunto con la presencia de varios los servicios públicos. En el área rural predomina la actividad agrícola y ganadera.

Existen en la comuna importantes organizaciones comunitarias, funcionales y territoriales, entre las cuales se encuentran: dos Hogares de Cristo, un Hogar de Ancianos, un Hogar de Menores y un Centro de Atención y Colocación Familiar.

Villarrica cuenta con una sede de la Pontificia Universidad Católica que imparte la Carrera de Pedagogía Básica, además a la Universidad está la Fundación San Cristóbal que apoya el desarrollo indígena en la zona y una sede de la Universidad Arturo Prat con carreras administrativas.

---

\* La Ética ante la Muerte y el Derecho a Morir, Jean-Louis Baudouin, Danielle Blondeau, Ética y Bioética, Dr. Armando Roa



#### 4) Realidad del Paciente Terminal en Villarrica

##### a) Situación Geográfica y Habitantes

Villarrica se encuentra ubicada en el sector sur oriente de la IX Región de la Araucanía. Tiene una superficie de 1.291,5 km<sup>2</sup> y una población de 45.350 habitantes con una densidad de 35,1 personas / km<sup>2</sup>, la cual es predominantemente urbana. La distribución por rango de edad es la siguiente: niños 28,97%, jóvenes 7,8 % adultos 51,99% y adulto mayor 11,24%. Pertenecen a la etnia Mapuche un 19,08% de la población mayor de 14 años. Según los resultados de la encuesta CASEN del año 2000, en la comuna de Villarrica, el 5,4% de la población se encuentra en situación de indigencia y el 35,3% en situación de pobreza. Los cuadros de distribución que ilustran estos resultados se encuentran en el capítulo VI Anexos.\*

La actividad económica de Villarrica está basada principalmente en el turismo, con una amplia infraestructura para ello. También se destaca el rubro de artesanías en madera y fábricas de muebles característicos en conjunto con la presencia de todos los servicios públicos. En el área rural predomina la actividad agrícola y ganadera.

Existen en la comuna numerosas organizaciones comunitarias funcionales y territoriales, entre las cuales se encuentran dos Hogares de Cristo, un Hogar de Ancianos, un Hogar de Menores y un Centro de Atención y Colocación Familiar.

Villarrica cuenta con una sede de la Pontificia Universidad Católica que imparte la Carrera de Pedagogía Básica, anexa a la Universidad está la Fundación San Cristóbal que apoya el desarrollo indígena en la zona y una sede de la Universidad Arturo Prat con carreras administrativas.

---

\* Síntesis Estadística Regional, INE

En el área de salud pública cuenta con un Hospital tipo III, un Consultorio Municipal y en el sector privado con un centro de atención de la Isapre Consalud, un centro de la Mutua de Seguridad, varias consultas médicas y dentales, dos laboratorios clínicos y un centro radiológico

#### **b) Hospital de Villarrica**

El Hospital de Villarrica tipo III, cuenta con ochenta y ocho camas distribuidas en los servicios de medicina, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia.

El programa “Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos”, que pertenece al Programa del Adulto se encuentra inserto en la atención ambulatoria.

La dotación del hospital es la siguiente:

diecinueve médicos, ocho enfermeras, ocho matronas, tres dentistas, dos nutricionistas, dos asistentes sociales, dos kinesiólogos, dos tecnólogos médicos, treinta técnicos paramédicos, quince administrativos, auxiliares de aseo y cinco choferes.

El hospital de Villarrica cuenta con una implementación del programa “Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos”, conocido como Policlínico del Dolor, desde el año 1998. Los criterios de ingreso al policlínico del dolor en este momento, son los siguientes: pacientes con diagnóstico de cáncer fuera del alcance médico quirúrgico, químico o radioterapéutico y pacientes con enfermedades terminales derivados por el médico tratante u otro y además deben ser beneficiarios de FONASA en los tramos A, B y C. (Ver clasificación en capítulo VI Anexo).

Los pacientes beneficiarios de FONASA en el tramo D, Isapres y particulares no tienen derecho a ingresar al Policlínico del Dolor y deben atenderse en forma privada.

Los niños no se atienden en el Policlínico del Dolor de Villarrica, sino son derivados al hospital regional de Temuco.

La cobertura de atención estimada es de un 70%.

Los Recursos Humanos con que cuenta el Policlínico del Dolor son: un médico, que dispone de un día a la semana para atención de éstos pacientes, una enfermera, con una hora diaria de atención, un asistente social y otros integrantes del equipo de salud de diferentes unidades del hospital que apoyan en forma voluntaria este programa.

Aunque el horario de los profesionales de la salud para este programa es limitado, el paciente terminal siempre recibe una atención de preferencia. Existe una estrecha relación con el equipo de enfermería del Consultorio Municipal que coopera en la atención de pacientes del sector rural, realizando visitas y atención domiciliaria cuando se requiere.

Los recursos materiales e insumos consisten en medicamentos para aliviar el dolor como Paracetamol, Codeína, Morfina, entre otros, y materiales como gasas, jeringas y sondas, necesarios para realizar los delicados procedimientos y atenciones de enfermería.

Para los pacientes que requieren hospitalización, el Hospital dispone con la habilitación de una sala donde el paciente puede estar en compañía de sus familiares las 24 horas del día.

Según el programa del equipo del Policlínico del Dolor del Hospital, se realiza una visita domiciliaria al ingreso del paciente al programa y luego según demanda. En promedio, se realizan dos visitas domiciliarias durante la estadía del paciente en el programa. La visita domiciliaria consiste en la atención directa al paciente, realizando procedimientos de enfermería, aplicación de tratamientos y supervisión de la atención que realizan los familiares al enfermo, estas acciones se complementan con entrevistas directas o consultas telefónicas y consejería en los trámites legales por medio de la asistente social.



La atención post-mortem no está incluida como actividad planificada, se lleva a cabo cuando el familiar se acerca al equipo y comúnmente consiste en una conversación con el afectado.

Actualmente el programa cuenta con 66 pacientes de los cuales 55 ingresaron el año 2002 y 11 el año 2001. La distribución de los pacientes según su residencia, muestra 43 pacientes del sector urbano y 23 pacientes de origen rural.

La distribución por sexo corresponde a 30 varones, y 36 mujeres.

La distribución por edad muestra que la mayoría de los pacientes están en el rango de 61 a 81 años y su estadía varía desde 1 día hasta 29 meses.

En la distribución por tipo de cáncer, predomina el cáncer gástrico, vesicular y de próstata. (Ver capítulo VI anexos) \*

Otros pacientes presentan los siguientes diagnósticos: lupus eritematoso sistémico, osteoartritis anquilosante y dos adultos mayores con múltiples patologías no cancerosas.

Hasta el 29 del 11 del 2002 fallecieron 211 personas en la comuna de Villarrica. De este total 56 personas fallecieron por cáncer, de los cuales el 53,6% pertenecía al Policlínico del Dolor. De este porcentaje 19 fallecidos corresponden al sector rural y 9 de ellos pertenecían al Policlínico del Dolor. \*\*

---

\* Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

\*\* Registro Civil de Villarrica

#### **c) Consultorio Municipal.**

El Consultorio Municipal cuenta con el equipamiento que exigen las normas técnicas sanitarias, la dotación de recursos humanos consiste en: tres médicos, cuatro dentistas, tres enfermeros, tres matronas, una asistente social, una nutricionista, un tecnólogo médico, veinte técnicos paramédicos, cuatro asistentes dentales, dos choferes, ocho administrativos y tres funcionarios de aseo. En el sector rural cuenta con cinco Postas de Salud y once Estaciones Médicos Rurales.

La población beneficiaria municipal que incluye el número de personas inscritas en la comuna de Villarrica es, con fecha de Diciembre del 2002 de 28.496 personas. El financiamiento del Consultorio Municipal está determinado por el número de beneficiarios inscritos denominado per-cápita y no por acciones realizadas.

#### **d) Situación del Paciente Terminal de Villarrica según Residencia**

##### **El Paciente del Sector Urbano**

En el sector urbano, lo más relevante es la gran desigualdad de condiciones socioeconómicas de los pacientes. A medida que la situación social mejora, mejores son las condiciones para la atención de un paciente terminal.

En las personas de escasos recursos, el aspecto más importante para una atención de calidad se refiere a las condiciones de vivienda e infraestructura. Es común que se presenten situaciones de convivencia conflictiva por hacinamiento y familias en situación irregular como parejas inestables e hijos de distintos padres, entre otros. Estas familias sufren frecuentemente la

inestabilidad laboral y cesantía. Gracias a la ubicación en el sector urbano, el acceso a los centros de salud es expedito, e igualmente es fácil para el personal de salud apoyar las familias afectadas y a los pacientes entregándoles los beneficios de programas correspondientes.

En los pacientes con mayores recursos, independientemente de los problemas familiares, interpersonales y afectivos que están unidos a la calidad humana, en general hay buenas condiciones para atender un enfermo terminal porque el espacio y los medios son suficientes y adecuados. El deterioro que el paciente presenta causado por las carencias sufridas en su vida anterior, como la desnutrición y el desgaste físico no se presentan con frecuencia en los pacientes de mayores recursos.

Si las condiciones familiares no permiten atender al paciente en su domicilio, existe la posibilidad de derivar al paciente a un hospicio u otros centros especializados en los cuidados de los pacientes terminales y/o postrados.

Pero con la disponibilidad de mayores recursos económicos se tiende a aumentar el riesgo de llegar a una situación de ensañamiento terapéutico.

### **El Paciente del Sector Rural.**

La información que entregó el censo del año 1992, señala que la población rural de la comuna de Villarrica es de 36,97 %. En la mayoría campesinos que subsisten en su actividad agrícola y ganadera mínima, con diversas dificultades de acceso por las malas condiciones de caminos y la precaria movilización, marginados del desarrollo y las comodidades del sector urbano.

La calidad de las casas varía, en su mayoría se trata de viviendas mínimas, aún cuando el número de rucas típicas, con fogón en el interior es muy reducido. En la mayoría de los casos, las casas son de madera, con techos de zinc, sin radier, con pisos de tablas o tablas y tierra. La cocina es la habitación que con mayor frecuencia tiene piso de tierra. Las paredes interiores no



son recubiertas, abundan las rendijas y están forradas muchas veces con cartón. Es común el uso de pocas y pequeñas ventanas de vidrio o plástico.

La distribución interior de las casas es de tres piezas como máximo, separadas por tabiques de tablas o cortinas. La cocina es el centro de la casa y la fuente de calefacción gracias a la cocina a leña. En las piezas restantes se utiliza el braceró de carbón. Por falta de forro y aislamiento adecuado es muy difícil mantener la temperatura y combatir el frío.

En el mobiliario se cuenta con mesa, sillas, pisos y uno que otro mueble para guardar los utensilios del hogar. El número de camas es siempre inferior al número de habitantes de la vivienda. Las sábanas por lo general son de sacos de harina, cubiertos con frazadas de lana y encima la misma ropa para vestirse distribuida sobre la cama. El colchón y los cojines son hechos artesanalmente de lana.

No todos los sectores rurales de la zona cuentan con electrificación. En el caso de que no haya electrificación, la fuente lumínica es la vela. Infaltable es el televisor y la radio. En caso de no haber electricidad, se recurre a la batería de auto.

En el sector rural no se dispone de agua potable. La obtención del agua es difícil y unida a un gran sacrificio, pues en el caso de las vertientes, siempre están alejadas de la vivienda y son de difícil acceso por su ubicación y por la humedad del sector que trae consigo el barro de los escabrosos senderos. El transporte de agua hacia la casa se hace a pie cargando bidones y baldes.

En el caso de los pozos, su instalación en la mayoría de las veces, es precaria y dudosa ya que no están sellados y por lo tanto en constante exposición a la contaminación, la presencia de roedores, animales diversos, insectos y flujos de agua provocados por la lluvia.

El uso de instalaciones sanitarias es de tipo pozo negro.

Por la situación descrita anteriormente, se entiende que la atención de un paciente terminal es muy difícil y requiere de un gran sacrificio. ¿Cómo mantener un ambiente temperado en el

invierno? ¿Cómo evitar la contaminación del humo producida por los braceros? ¿Cómo enfrentar la falta de camas, ropas de cama inadecuadas e insuficientes? son algunos de los múltiples e insolubles problemas que debe enfrentar el equipo de salud, ya que el aseo de los cojines y colchones de lana es un proceso trabajoso y lento. El lavado del paciente y de la ropa del mismo, quien muchas veces no controla esfínteres, significa un aumento en el consumo del agua. En la mayoría de los casos la dueña de casa no cuenta con los artefactos necesarios que facilitan el trabajo diario para atender la familia y al enfermo. A esto se le suma el trabajo en el campo, en el cual toda la familia debe cooperar y del cual la familia se alimenta y recibe los pequeños ingresos que tiene por medio de venta de huevos, queso, hortalizas y otros.

Muchas veces, se da el caso de que los adultos mayores viven solos por las migraciones de los hijos a la ciudad por razones económicas, la enfermedad de uno de ellos lleva al límite la ya penosa subsistencia de ésta familia.

Por la situación de aislamiento y difícil acceso es muy difícil para los equipos de salud del hospital o del consultorio cooperar con la atención de estos pacientes y a la vez, para los familiares requiere mucho tiempo y esfuerzo acercarse a los centros de salud para aprovechar los beneficios de los programas creados en apoyo de dichos pacientes. Por lo tanto, la población rural con lo expuesto, mucho más vulnerable que los pacientes urbanos, no tienen acceso a este beneficio.

del factor. La determinación de los factores de riesgo es fundamental para construir las bases de confianza con el paciente y su familia, para entender los determinantes propios de estas unidades tanto en el área comunitaria como en el nivel clínico, después de lo posible la calidad de vida del paciente.

Para iniciar la atención del equipo de salud se recomienda priorizar las actividades vitales alteradas, según el modelo Roper que integra la visión de enfermeras, físicos y psicólogos sin olvidar los factores socio culturales, ambientales, políticos y económicos.

## **IV PROPUESTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL**

### **b) Registro y protocolo.**

### **RURAL**

Se deben implementar sistemas de registro y protocolo. Frente a la situación del paciente terminal rural ya descrita, se presenta una propuesta de atención diseñada para ser realizada en tres etapas a corto, mediano y largo plazo:

- 1). Identificación de pacientes e implementación de registro y protocolo.
- 2). Capacitación del equipo de salud y de la familia del paciente.
- 3). Cambio de actitud de la comunidad frente a la muerte.

#### **- Etapa a corto plazo:**

Es preciso determinar los recursos humanos necesarios para el desarrollo de esta etapa.

##### **a) Identificación de Pacientes**

Establecer un sistema de identificación de los pacientes terminales de origen rural que pueden acceder a los beneficios del programa. Este sistema se inicia con el diagnóstico definitivo de su condición de terminal realizado por el médico tratante, en el hospital o consultorio, donde debe incorporarse en los registros pertinentes, luego debe ser derivado por el profesional al equipo del Policlínico del Dolor. La detección precoz de este tipo de pacientes es fundamental para construir los lazos de confianza con el paciente y sus familiares, para retardar los deterioros propios de estos cuadros tanto en el área mental como física y para mantener dentro de lo posible la calidad de vida del paciente.

Para iniciar la atención del equipo de salud es necesario determinar las actividades vitales alteradas, según el modelo Roper que incluyen no solo los factores físicos y psicológicos sino además los factores socio culturales, ambientales, políticos y económicos.\*



## Etapas a mediano plazo.

### b) Registro y protocolo.

#### a) Preparación del personal:

Se deben implementar sistemas de registro y protocolos con criterios definidos que aseguren la calidad y continuidad de la atención y permitan evaluaciones posteriores. Además, que organicen la atención desde el ingreso del paciente hasta el final de su atención. Por ejemplo el protocolo de admisión del paciente el cual facilita el ingreso, protocolos de supervisión y registros de atención domiciliaria en el cual se refleja la condición de la vivienda, la calidad de la atención que recibe el paciente de los familiares, entre otros.

### c) Recursos humanos y materiales.

Es preciso determinar los recursos mínimos necesarios para el correcto funcionamiento del Policlínico del Dolor, tanto humanos, materiales y económicos.

El recurso humano debe ser idóneo para las múltiples exigencias de la atención a este tipo de pacientes. Deben participar: médico, enfermera, técnico paramédico, psicólogo, asistente social, además agentes del área religioso e indígena según corresponda.

Los equipos y materiales incluyen medicamentos, especialmente analgésicos, soluciones inyectables y elementos para ejecutar procedimientos de enfermería.

Deberá contarse con un vehículo adecuado a las condiciones de las vías rurales.

---

\* Modelo de Enfermería, Roper, Logan, Tierney

## **- Etapa a mediano plazo.**

### **a) Preparación del personal:**

La atención del paciente terminal requiere una alta exigencia de entrega del personal perteneciente al equipo del Policlínico del Dolor. Es necesario que dicho personal que acompaña al paciente tenga una clara visión sobre el significado del proceso de muerte para el paciente y su familia y cuál es su postura personal frente a estas situaciones. Igualmente el personal del equipo del Policlínico del Dolor, debe estar preparado para la interculturalidad. Es importante conocer y comprender los ritos y creencias del paciente. Especialmente si es de otra etnia, para poder entregarle una atención integral respetando sus diferencias y valores.

Esto se pretende lograr con la realización de reuniones planificadas del equipo, actividades grupales, encuentros y talleres con psicólogos, integrantes del pueblo mapuche y líderes religiosos de diversas iglesias. Para que esta atención del paciente terminal también ayude al crecimiento personal del equipo del Policlínico del Dolor, es muy importante el auto cuidado, especialmente psicológico.

### **b) Preparación de la familia.**

Completada la preparación del personal se puede dar inicio al proyecto de atención al paciente terminal.

Convencidos de que lo mejor para el paciente terminal es vivir la última etapa de su vida, dentro del seno familiar, se debe procurar desde el principio involucrar y motivar a los familiares del enfermo. Para prevenir complicaciones en la atención, es necesario que la familia reciba una preparación orientada a las necesidades del paciente. Debe existir una relación de confianza entre

el personal de salud, el paciente y los familiares. La intervención y la supervisión del personal de salud tendrá como objetivo apoyar las acciones del familiar sobre el enfermo. Lo que permite que el enfermo y la familia confíen en sus propias acciones. Esto se logrará mediante frecuentes visitas domiciliarias para apoyar a la familia y realizar procedimientos y una línea de contacto permanente por medio de consultas directas o contactos telefónicos por medio de turnos de 24 horas. El apoyo a los familiares incluye su autocuidado, ofreciéndoles la posibilidad de participar en encuentros y talleres, donde reciben apoyo profesional y donde pueden compartir sus vivencias con otras personas en situaciones similares. También se realizarán atenciones post-mortum para los familiares tipo encuentro individual y/o grupal para finalizar el acompañamiento y detectar un probable duelo patológico. Reforzar y aumentar la red de voluntarios que cooperarán en la atención de los pacientes terminales.

### **- Etapa a largo plazo.**

Pretende lograr un cambio de actitud frente a la muerte.

El conflicto más importante de la muerte se genera desde la cultura, así los esfuerzos para dignificar la muerte deben ser dirigidos para incorporarla en la cultura, por lo tanto todos los esfuerzos para dignificar la muerte deben ir acompañados de un cambio de actitud hacia la muerte. Debemos llegar a vivenciar la muerte como un proceso natural en nuestro ciclo de vida y por lo tanto aceptarlo.



Las siguientes propuestas apuntan a dicho cambio de actitud.

- a) La muerte debe estar integrada en la formación de la persona desde la familia y luego debe estar incorporada en la educación formal, desde la enseñanza básica hasta la enseñanza media, madurando nuestra condición mortal desde el nacimiento, porque *“el hombre tan pronto nace es ya suficientemente viejo para morir.”*\*
- b) Dar a los jóvenes la oportunidad de realizar experiencias como voluntarios en el cuidado y atención de los enfermos porque incluir el morir en la educación ayuda a los jóvenes a profundizar y resolver su existencia vital y trascendental.
- c) Hacer partícipe de la vida diaria, tanto familiar como social al enfermo terminal, evitando así su aislamiento, por su aspecto físico o su manera de ser diferente. La sociedad debe aprender a vivir con una realidad y no debemos aislar a los enfermos para ocultar a los sanos el sufrimiento.

---

\* Ética y Bioética, cita: M. Heidegger

## V CONCLUSIONES

La muerte, es el proceso final de la vida y no es posible separarla del camino vital y de la madurez de trascendencia alcanzado. Tampoco es separable de la historia, de la etnia y de la cultura. Históricamente el ser humano ha temido a la muerte y al camino oculto que queda detrás. Este temor y la inseguridad del más allá, se vive de manera más intensa en las personas que padecen de una enfermedad incurable y de evolución relativamente larga.

Actualmente esta situación es más difícil por nuestra cultura occidental de consumo, hedonista, individualista y de libre mercado que genera grandes desigualdades económicas y tecnológicas donde la muerte no está integrada en la cultura.

Imagen de esto es el sector rural de Villarrica, donde se cuenta con escasos recursos, incluso las necesidades básicas como agua potable y electricidad están deficientemente cubiertas, se vive muchas veces en extrema pobreza, marginados, y el acceso a su residencia es por lo general difícil.

Esta cultura que no integra la muerte, trasluce también los diferentes flujos de recursos en salud, que están dirigidos hacia el área reproductiva, infantil, adulto, adulto mayor, preventivas entre otras, sin embargo la situación dramática e ineludible de la muerte y el término de la vida no han logrado establecer recursos y equipos en relación a la magnitud de esta área, el área final de la vida.

Todo estos factores deterioran la calidad de la atención del paciente terminal rural. Ya que por las condiciones descritas no tienen acceso a los beneficios que ofrece el Servicio Nacional de Salud. La Propuesta, como núcleo central de este trabajo, tiene la finalidad de ampliar y mejorar

la atención del Policlínico del Dolor ya existente y dirigirla especialmente al paciente terminal rural de la comuna de Villarrica con los antecedentes presentados.

Esta Propuesta representa el inicio de un proyecto amplio para dignificar la muerte y asimismo dignificar la vida. Con el convencimiento de que este proyecto es una necesidad real para los pacientes terminales del sector rural, sólo después de haber sido aplicado potencialmente en un proceso largo, de meses o años y rigurosamente evaluado se podrá establecer si se contribuye con el propósito de dignificar la muerte del paciente terminal rural de Villarrica.

Muy importante es la atención del paciente terminal rural en su etapa final, sin embargo, para lograr un cambio de actitud hacia la muerte se necesita una comprensión desde la infancia para incorporar la aceptación de nuestra condición mortal como todo ser vivo. Tampoco puede quedar fuera la relación con los elementos, la tierra, el aire, la creación de la cual formamos parte, donde nos incorporaremos en el ciclo vital.

La muerte digna no puede apartarse de la relación vital entre los hombres. Una sociedad dividida, partida, y repartida, con tremendas desigualdades corona su ciclo manteniendo estas diferencias. La muerte digna se va a dar en una relación vital de dignidad, en una sociedad y una cultura para las personas y no al revés. El enfermo terminal desde su proceso doloroso nos vuelve al corazón, nos hace recordar, que la medicina debe recuperar el sentido de hombre integral, donde no debe quedar fuera su entorno, su historia y la sociedad donde esta integrado con otros, nos enfrenta al sentido de la vida, porque la vida sin la muerte carece de sentido, y se articula con el concepto de salud no solo como ausencia de enfermedad.

Al finalizar este trabajo se espera hacer mas valiosa nuestra vida y nuestra entrega al otro, desde nuestra actividad en salud.



## VI ANEXO

### Cuadros:

**Cuadro N° 1** Distribución Urbano y Rural , según división política-administrativo.

|            | Area Urbano | Area Rural | Total      |
|------------|-------------|------------|------------|
| Pais       | 13.044.221  | 2.006.120  | 15.050.341 |
| IX Región  | 585.007     | 279.922    | 864.929    |
| Villarrica | 30.878      | 14.472     | 45.350     |

Fuente : INE resultados preliminares 2002

**Cuadro N° 2** N° de habitantes por grupo Etáreos de la Comuna de Villarrica.

| GRUPO        | RANGO DE EDAD | N°     | %     |
|--------------|---------------|--------|-------|
| NIÑOS        | 0 - 13 AÑOS   | 10.392 | 28.97 |
| JÓVENES      | 14 - 17 AÑOS  | 2.796  | 7.80  |
| ADULTO       | 18 - 59 AÑOS  | 18.648 | 51.99 |
| ADULTO MAYOR | 60 Y MÁS      | 4.031  | 11.24 |
| TOTAL        |               | 35.867 | 100   |

Fuente :INE 1992

**Cuadro N° 3** N° Pobl. de 14 años y más por grupo étnico declarado, Región de la Araucanía y Comuna de Villarrica.

| División Político Administrativo | Mapuches | Aymará | Rapa Nui | Sin identificación étnica | Total   |
|----------------------------------|----------|--------|----------|---------------------------|---------|
| IX Región                        | 143.769  | 1.214  | 381      | 407.479                   | 552.843 |
| Villarrica                       | 4.862    | 121    | 27       | 20.465                    | 25.475  |

Fuente INE Censo 1992

**Cuadro N° 4** Pobreza e indigencia 2000, Región de la Araucanía y Comuna Villarrica.

| Región, Comuna | Indigente |      | Pobre   |      | Pobre no indigente |      | No Pobre |      |
|----------------|-----------|------|---------|------|--------------------|------|----------|------|
|                | N°        | %    | N°      | %    | N°                 | %    | N°       | %    |
| IX Región      | 93.560    | 11.1 | 276.247 | 32.7 | 182.687            | 21.6 |          |      |
| Villarrica     | 2.074     | 5.4  | 13.474  | 35.3 | 11.400             | 29.8 | 24.727   | 64.7 |

Fuente: Serplac, Casen 2000

**Cuadro N° 5** Población, N° de viviendas, superficie, densidad de viviendas, según división político administrativa. País, IX Región y comuna Villarrica

| División       | Población  | Número    | Superficie | Densidad de | Promedio       |
|----------------|------------|-----------|------------|-------------|----------------|
| Político       | 2002(p)    | Viviendas | (Km2)      | Viviendas   | Habitantes por |
| Administrativo |            | 2002(p)   |            | (Vvdas/Km2) | Vivienda       |
| País           | 15.050.341 | 4.434.521 | 756.626.3  | 5.86        | 3.39           |
| IX Región      | 864.929    | 262.126   | 31.858.4   | 8.23        | 3.30           |
| Villarrica     | 45.350     | 17.235    | 1.291.1    | 13.35       | 2.63           |

Fuente: INE resultados preliminares 2002

**Cuadro N° 6** Viviendas Urbano – Rural según división Política Administrativa

| País, región, comuna | Área Urbana | Área Rural | Total     |
|----------------------|-------------|------------|-----------|
| País                 | 3.769.561   | 664.960    | 4.434.521 |
| IX Región            | 171.327     | 90.799     | 262.126   |
| Villarrica           | 11.061      | 6.174      | 17.235    |

Fuente: INE resultados preliminares 2002



gráfico n° 4 Fallecidos con estadía superior a dos meses

Gráfico n° 1 número total de pacientes en el programa, según edad y residencia

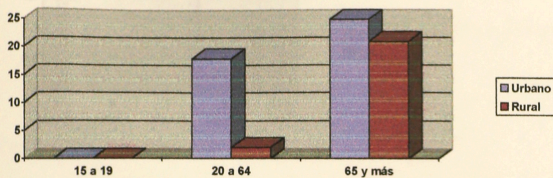


gráfico n°2 Distribución del paciente en el programa según sexo y edad

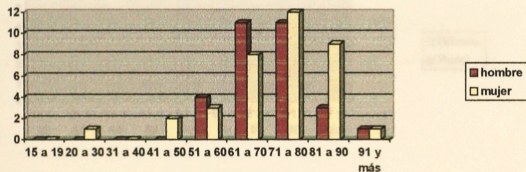


gráfico n° 6 Distribución por sexo de los pacientes fallecidos con estadía superior a dos meses

gráfico n°3 Fallecidos con estadía inferior a dos meses

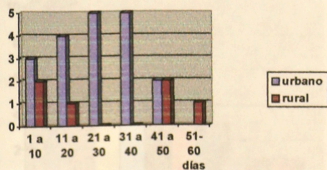


gráfico n° 4 Fallecidos con estadía superior a dos meses

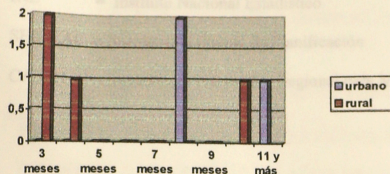


gráfico n° 5 número total de pacientes fallecidos del programa 2002 según residencia y edad

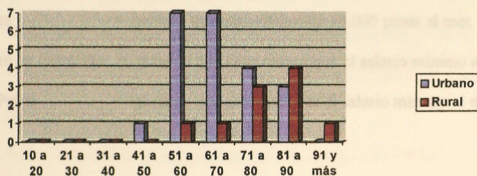
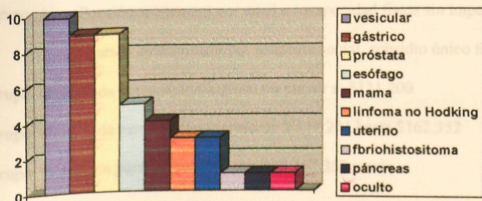


gráfico n° 6 Distribución por tipo de cáncer de pacientes pertenecientes al Policlínico del

dolor



## Siglas

INE = Instituto Nacional Estadístico

SERPLAC = Secretaría Regional de Planificación

CASEN = Instrumento Nacional y Regional para Medir el Nivel de Pobreza

## Clasificación según ingresos

Indigente = persona que gana menos de 15.000 pesos al mes

Pobre = persona que gana menos de 36.000 pesos al mes

Pobre no indigente = persona que gana menos que el salario mínimo al mes

No Pobre = persona que gana mas que el salario mínimo al mes

## Clasificación en Grupos según FONASA

El Fondo Nacional de Salud usa para sus beneficiarios la siguiente clasificación:

Grupo A = Pensión asistencial por edad o incapacidad física sin imposiciones, carente de recursos determinado por asistente social, subsidio único familiar

Grupo B = Toda persona con ingreso no mayor a \$111.200

Grupo C = Toda persona con ingreso de \$ 111.201 hasta \$162.352

Grupo D = Toda persona con ingreso de \$ 162.353 y más



## VII BIBLIOGRAFÍA

ARRIAGADA, A; SCHÜRMANN, S, Acerca del Dolor y Cuidados Paliativos Ed. Universidad de la Frontera, 1997, 1° ed.

BIBLIA LATINOAMERICANA Ed. Paulinas Verbo Divino, 1972, 26° ed.

BOFF, L, Was kommt nachher, das Leben nach den Tod, Ed. Otto Müller 1982, 1° ed.

BOUDOUIN, JL; BLONDEAU, D. La Ética ante la Muerte y el Derecho a Morir, Ed. Herder, 1995, 1° ed.

CIVERA, M Enciclopedia Cultural Hispano Americana Ed. Hispano Americana 1957, 1° ed.

CONFUCIO, Los Cuatro Libros Clásicos, Ed. B, SA 1997 1° ed.

ENCINA, E Resumen de la Historia de Chile Ed. Zig-Zag 1961, 4° ed.

FULTON, R, MARKUSEN, E, OWEN, G, SCHEIBER, J. La Muerte y el Morir, desafío y cambio, 1981,

GADAMER, H G, El Estado Oculto de la Salud I. Ed. Gedisa

INE, Síntesis Estadística Regional Ed. Aniversario n° 159, 2002

JIMENEZ, P, SALGADO, D, SOTO, F, Historia Universal, Ed. Santillana del Pacífico, 1996

KÜBLER-ROSS, E, Was können wir noch tun? Ed. Gütersloher 1983, 3° ed.

LOLAS, F, Bioética y Antropología Médica, Ed. Mediterráneo 2000, 1° ed.

MINISTERIO DE SALUD, Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer, Normas de Enfermería Stgo. De Chile, 1996

MONTANARES, E. Las síntesis Religiosa del pueblo Mapuche a través de su Concepción de la Muerte. Tesis para optar al título de Magister en Ciencias Sociales Aplicadas, Universidad de la Frontera, 1997

REGISTRO CIVIL DE VILLARRICA

REGISTRO DE ENFERMERÍA Y POLICLÍNICO DEL DOLOR HOSPITAL VILLARRICA

ROA, A, Ética y Bioética Ed. Andrés Bello, 1998, 1º ed.

ROPER,N, LOGAN,W, TIERNEY,A Modelo de Enfermería Ed. Interamericana McGraw – Hill,1993, 2º ed.

SCHWAB, G. Die schönsten Sagen des klassischen Altertums Ed. Goldman p.18-19. 1978

11º ed.

SECCO,O, Historia Universal, Ed. Ellauri, 1998, 2º ed.

[http://escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed\\_03.html](http://escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/HistoriaMedicina/HistMed_03.html)

[www.geocities.com/Athens/Delphi/9247/socrates.htm](http://www.geocities.com/Athens/Delphi/9247/socrates.htm)

[http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2001/refpobcan\(Clelia%20Balleuona\).ppt](http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2001/refpobcan(Clelia%20Balleuona).ppt)