

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

PAOLA DE JESÚS ROBLES HERRERA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR

DEDICATORIA

A Dios por darme vida, fuerzas, deseos, salud y sobre todo sembrar en mí el placer de servir a mi prójimo.

A mis padres, por ayudarme a escalar hasta este punto de mi vida, por ser el pilar de fuerza en el que siempre me he apoyado para salir adelante, por formarme como persona íntegramente humana, preocuparse en darme una educación tanto académica como en la vida propia.

A ellos les dedico todo mi trabajo y mis esfuerzos, sé que con nada del mundo ni siquiera con todo el dinero podría pagar todo lo que ellos han hecho por mí y para mí; puesto que ellos son los que me impulsan a seguir cada día.

Todos sus regaños y sus consejos han causado efecto sobre mí, para formarme como una persona de bien.

A mis hermanas que sin ellas yo jamás hubiese podido superar todos los obstáculos que hubo en este camino, pues siempre tuvieron una palabra de aliento, un abrazo, un beso y más aún porque siempre estuvieron cuando las necesite pues me impulsaban hacia la superación.

AGRADECIMIENTOS

Gracias infinitas a todas las personas que depositaron su confianza en mí creyendo que yo podría lograr todo aquello que me propusiera, aun cuando yo no lo creía posible.

A todos mis maestros que aportaron sus conocimientos brindándomelos a mí.

A mis padres Yolanda y Gabriel, por su apoyo incondicional que me han brindado en cada etapa de mi vida, puesto que sin ello no sería posible mi realización como persona.

A mis hermanas Rouss, Isa, Viki, Carmelita y sobrinos que a parte de mis papas fueron ellos las únicas personas que contribuyeron a mi formación académica y personal.

A mis amigos por todos los momentos compartidos aun cuando no eran tan gratos, noches de desvelo y sobre todo por impulsarme y ayudarme a seguir luchando por mis ideales.

Y no podía faltar a agradecerle a mi queridísima amiga Mayra, es una de las personas que aprecio demasiado; gracias por tu atención tu cariño, generosidad y sobre todo la paciencia que me brindaste cuando la necesite

INDICE

Contenido

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTOS | iv |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| JUSTIFICACIÓN | 9 |
| OBJETIVOS..... | 10 |
| HIPÓTESIS | 10 |
| METODOLOGIA | 11 |
| CAPITULO I CUIDADOS PALIATIVOS | 13 |
| 1.¿QUE SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?..... | 15 |
| 1.1 PERSONAS CANDIDATAS A RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS..... | 16 |
| 1.2 LA DIFERENCIA ENTRE CUIDADOS PALIATIVOS Y TRATAMIENTO PALIATIVO..... | 18 |
| 1.3 TIPOS DE PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS..... | 20 |
| CAPITULO II EL ADULTO MAYOR | 23 |
| 2. EL ADULTO MAYOR..... | 23 |
| 2.1 POSICION DEL ADULTO MAYOR EN LA SOCIEDAD ACTUAL | 28 |
| 2.2 ENFERMO TERMINAL | 34 |
| 2.2.1 Derechos del paciente en etapa terminal | 34 |
| 2.2.2 Etapas del enfermo terminal. | 36 |
| 2.3 MUERTE DIGNA..... | 37 |
| CAPITULO III INSTRUMENTACION ESTADISTICA | 38 |

| | |
|------------------------------------|----|
| CAPITULO IV ETICA DE ESTUDIO | 47 |
| CONCLUSIONES | 57 |
| ANEXOS | 58 |
| GLOSARIO | 63 |
| BIBLIOGRAFIA | 64 |

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son un paradigma especial de servicios médicos (enfermeriles) que ayudan a los pacientes a sentir un alivio del dolor, los síntomas y la angustia emocional que provocan las enfermedades crónico-degenerativas y mortales así como los tratamientos para curarlas. Se trata de mucho más que cuidados de alivio.

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar el modo en que el paciente se siente todos los días, así como mejorar su calidad de vida durante el curso de una enfermedad grave o crónico-degenerativa.

Los cuidados paliativos están a cargo de un equipo especial; por lo general, los miembros del equipo suelen incluir a médicos especializados, enfermeras y trabajadores sociales, junto con farmacéuticos, nutriólogos y otros profesionales médicos. El equipo de cuidados paliativos también incluye al paciente y a sus familiares. El equipo trabaja junto con los acompañantes familiares, los médicos de cabecera del paciente y otras personas implicadas en su cuidado, lo cual ofrece un mejor apoyo.

Los cuidados paliativos pueden resultar útiles en cualquier etapa de una enfermedad. Es mejor iniciarlos en forma temprana, pero nunca es demasiado tarde para hacerlo. Para ello, es probable que el paciente deba acudir a algunas consultas o recibir servicios continuos. Si bien la mayor parte de los cuidados paliativos se brindan en hospitales, en algunas ocasiones se ofrecen en clínicas para pacientes ambulatorios, tanto en el hogar como centros de salud a largo plazo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuidados paliativos, es un tema de gran impacto en la sociedad puesto que está enfocado a aliviar el dolor y las molestias que la persona requiere acorde a su enfermedad o en todo caso a los adultos mayores que van perdiendo sus capacidades funcionales y requieren ayuda de otras personas como un profesional de enfermería.

Hoy en día es un problema para la sociedad dado que muchas familias ya no cuidan de sus adultos mayores puesto que muchas de las ocasiones piensan que son solo cosas de ancianos y no le dan gran importancia a lo que ellos sienten o piensan, sobre todo porque ya no aportan mucho ni económicamente ni físicamente.

El conflicto es que todo esto lleva como consecuencia a pensar que los cuidados paliativos no sirven de nada y que la persona finalmente morirá con o sin cuidados paliativos.

Es bien sabido que el adulto mayor presenta un cargo para la sociedad, debido a que ya no cumple con todos sus roles y sus capacidades se van degenerando continuamente, se habla de que la sociedad lo va haciendo a un lado, ya no lo toma en cuenta para la toma de decisiones, y en muchas ocasiones la mejor solución es un asilo ciertamente olvidándose de ellos; es por ello que existen personas profesionales encargadas de cumplir con las tareas de cuidarlos y ver por el bien de ellos.

Tanto las personas de la tercera edad como todas las que padecen de una enfermedad terminal son personas candidatas a tener un profesional que le brinde los cuidados paliativos, todo esto con el cierto fin de que ayude a aliviar el dolor, no aceleran el proceso de la muerte al contrario los preparan para la aceptación, se le brinda la atención en todas las esferas tanto psicológicas, físicas, emocionales, espirituales etc.; se les ofrece un sistema de apoyo en el cual los pacientes vivan sus últimos momentos lo más activamente posible, se le brinda

apoyo a la familia para que pueda aceptar la enfermedad, la partida y el proceso así como en el proceso del duelo y sobre todo mejorar la calidad de vida de los pacientes.

¿Cómo influyen los cuidados paliativos en el estado general del adulto mayor?

JUSTIFICACIÓN

Debido a la baja o poca atención que se les hace referencia a los cuidados paliativos se ha decidido realizar esta investigación para presentar los grandes beneficios que trae consigo los cuidados paliativos, la manera que influyen estos cuidados en el paciente, así como los profesionales que pueden llevarlos a cabo.

En esta investigación, enfermería hace hincapié en que todos los adultos mayores deberían ser atendidos por un profesional que pueda brindarles este tipo de cuidados, con el objetivo de facilitarles la vida y sobre todo que no se acelere ni se retarde el proceso de la muerte tan así que el paciente sea capaz de aceptarlo.

OBJETIVOS

- ❖ **Objetivo General:** Promover la atención paliativa a los adultos mayores así como sus beneficios.
- ❖ **Objetivo Específico:** Saber el conocimiento que tiene enfermería sobre los cuidados paliativos del adulto mayor.

HIPÓTESIS

Los cuidados paliativos influyen positivamente en el estado general del adulto mayor, puesto que su finalidad es otorgar alivio al final de la vida, activarlo para que pueda seguir realizando las cosas por sí mismo, prepararlo para la muerte, aceptación y sobre todo para que disfruten de una vida plena en los últimos días de su vida.

METODOLOGIA

Esta investigación es de tipo cuali-cuantitativa, el objetivo es puro dado que se quiere conocer las ventajas que tienen los cuidados paliativos en el adulto mayor, el tiempo de fenómeno es descriptivo puesto que se pretende explicar cómo influyen estos cuidados, basado en fuentes de información tanto bibliográficas como documentales, con un tiempo de estudio transversal; basado en área del conocimiento social.

Criterios de Inclusión

Para llevar a cabo esta investigación es necesaria la participación de un grupo de personas interesadas en colaborar; principalmente pacientes de la tercera edad en etapa final de la vida, familiares de pacientes, cuidadores de los pacientes, médicos de cuidados paliativos, enfermeros especializados en cuidados paliativos, trabajadores sociales, sacerdotes, farmacéuticos, nutricionistas, consejeros.

Criterios de exclusión

Personas que no se incluirán en la investigación, personal de farmacia, personal de seguridad, personal de lavandería, personal de almacén, personal administrativo.

Criterios de eliminación

Cuestionarios no contestados

Cuestionarios incompletos

Cuestionarios anulados

Limites

- Espacio: La investigación se llevara a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la salud.
- Lugar: Medicina interna mujeres, Clínica privada, Medicina interna Hombres.

Variables

- Variable Independiente:

El adulto mayor

- Variable Dependiente:

Cuidados paliativos

CAPITULO I

CUIDADOS PALIATIVOS



1. ¿QUE SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar así como el de su familia. Los cuidados paliativos normalmente se aplican a pacientes que cursan con enfermedades terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico o en enfermedades muy graves que cursan con tratamientos que prolongan la vida.

Los cuidados paliativos recuperan la forma más profunda de comprender y atender al paciente terminal que late en la medicina. Son respuestas al descontento de los profesionales y de la sociedad que estaban ignorando necesidades claves de alivio del sufrimiento para el enfermo avanzado e incurable y para su familia. Necesidades que habían quedado escondidas quizá detrás de la búsqueda de progreso científico y de los avances técnicos que la medicina ha experimentado en el Siglo XX.

Los cuidados paliativos comienzan en Londres, alrededor de 1970, cuando la doctora Cicely Saunders (Premio Templeton en 1981) promueve un primer centro médico dedicado a la atención de enfermos terminales que será referencia para todo el mundo. En sus orígenes es patente la esencia profundamente cristiana de los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas asociales con problemas amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

1.1 PERSONAS CANDIDATAS A RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS

Un paciente susceptible de recibir cuidados paliativos es aquel que cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevida (Billings, A. 1998, WHO definition of palliative care, 2007)

Dichos cuidados:

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- No intentan, aceleran ni retrasan la muerte
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia.

El objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a los pacientes con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando los pacientes se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida.

Los cuidados paliativos pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos destinados para curar o tratar la enfermedad. Se pueden brindar cuidados paliativos cuando se diagnostica la enfermedad, durante todo el tratamiento, durante el seguimiento y al final de la vida.

Los cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como:

- Cáncer
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedades pulmonares
- Insuficiencia renal
- Demencia
- VIH/SIDA

Mientras reciben cuidados paliativos, las personas pueden permanecer bajo el cuidado de su médico regular, y todavía recibir tratamiento por sus enfermedades.

Cualquier profesional de la salud puede brindar cuidados paliativos, pero algunos se especializan en ellos.

Los cuidados paliativos los pueden ofrecer los hospitales, las agencias de atención médica domiciliaria, las clínicas de oncología.

1.2 LA DIFERENCIA ENTRE CUIDADOS PALIATIVOS Y TRATAMIENTO PALIATIVO.

Tanto los cuidados paliativos como el tratamiento paliativo brindan bienestar. Pero los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento. El tratamiento paliativo comienza después de que se suspende el tratamiento de la enfermedad y cuando es claro que el paciente no va a sobrevivir a ella.

El tratamiento paliativo se ofrece normalmente sólo cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos.

Lo que incluyen los cuidados paliativos:

Una enfermedad grave afecta más que simplemente el cuerpo. Afecta todos los ámbitos de la vida, y de la vida de los miembros de la familia.

Problemas físicos:

- Dolor
- Dificultad para dormir
- Dificultad para respirar
- Inapetencia y sentirse enfermo del estómago

Los tratamientos pueden incluir:

- Medicamentos
- Orientación nutricional
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapias integradoras

Problemas emocionales, sociales y de afrontamiento:

Los pacientes y la familia enfrentan estrés durante una enfermedad que puede provocar miedo, ansiedad, desesperanza o depresión.

Asuntos espirituales:

Cuando las personas son retadas por una enfermedad, pueden buscarle un sentido o cuestionar su fe. El equipo de cuidados paliativos puede ayudar a los pacientes y a sus familias a explorar sus creencias y valores para que puedan acercarse a la aceptación y la paz.

1.3 TIPOS DE PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Manteniendo la filosofía de los cuidados paliativos y según las peculiares características de cada cultura, se han desarrollado diversos modelos de asistencia. Hay que insistir en que no son excluyentes entre sí y que, en la mayoría de los casos, representan actuaciones complementarias. Los principales serían los siguientes:

- Centros Monográficos u Hospices: centros dedicados exclusivamente al cuidado de enfermos en situación terminal. Un Hospice tiene características peculiares que le diferencian de otros hospitales: horarios ininterrumpidos de visitas, tolerancia para permitir visitas de familiares de poca edad o incluso animales domésticos, decoración cálida y distribución apropiada de las habitaciones, etc.

- Unidades de Cuidados Paliativos en Hospitales: Puede tratarse de equipos especializados en cuidados paliativos que, sin poseer camas propias, actúan por todo el hospital. En algunos centros se han denominado Equipos de Soporte Hospitalario o Unidad Funcional Interdisciplinar Hospitalaria. En otros casos, sí se constituyen como sección independiente con un determinado número de camas y zona de hospitalización separada. El primer modelo, las llamadas Unidades Funcionales, se adoptan cada vez en más hospitales de enfermos agudos dentro de los servicios de Oncología. Está demostrado que son una excelente forma de desarrollo inicial de los programas de paliativos, obteniendo en poco tiempo importantes resultados en cuanto a aumento de la calidad de asistencia y mejor utilización de recursos (estancias hospitalarias, consultas a Urgencias, fallecimientos en domicilio, etc.). En algunos hospitales oncológicos se prefiere contar con el segundo modelo, o sea, con

una Unidad o Servicio de Cuidados Paliativos con una estructura física propia. Lógicamente un importante número de Unidades de Paliativos se sitúan en centros socio-sanitarios y hospitales de media o larga estancia.

- Equipos de Cuidados Domiciliarios o de Soporte de Atención Primaria: en muchos casos suponen el complemento o continuación de los cuidados recibidos en un hospital o una unidad de Cuidados Paliativos. En el marco de un sistema público de salud siempre son equipos en estrecha conexión con los servicios de Atención Primaria (médico de cabecera, y enfermera). Estos equipos pueden ser específicos y atender solo enfermos avanzados y terminales o atender también enfermos con patologías que les permitan vivir en sus domicilios, como los pacientes ancianos con enfermedades crónicas o pacientes encamados por diversos motivos.

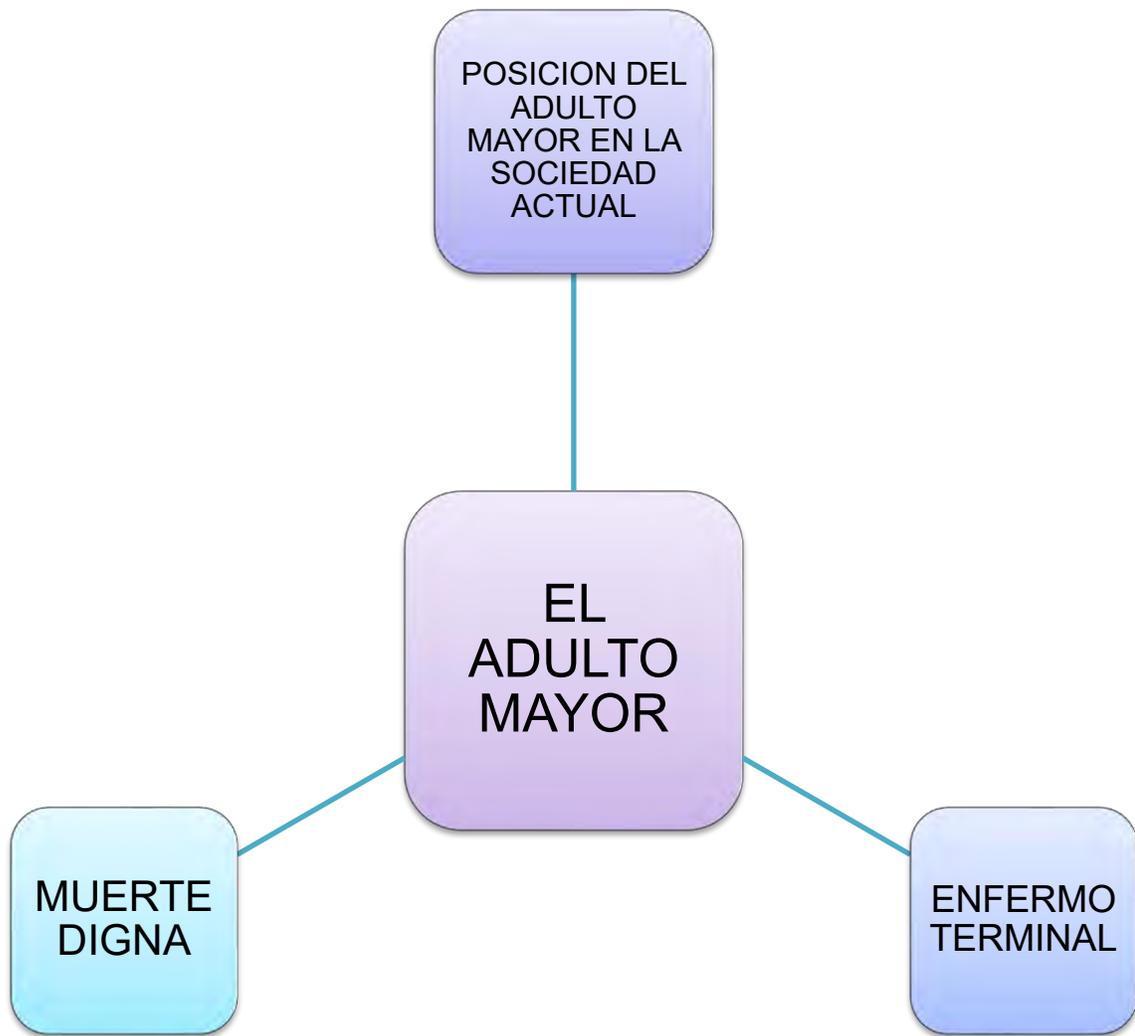
- Centros de Día de Cuidados Paliativos: son unidades de atención al paciente en situación terminal, ubicadas generalmente en un hospital o en un Hospice, a las que el paciente acude durante un día para evaluación o para recibir un tratamiento o cuidado concreto. Regresa en el mismo día a su domicilio. El enfermo acude durante unas horas, una o dos veces por semana y además de la consulta con el especialista y también con cualquier otro miembro del equipo de cuidados, ese mismo día puede ser atendido por el psicólogo, el sacerdote, el fisioterapeuta... o participar en algunas de las terapias ocupacionales disponibles. También se realizan ajustes de tratamiento o tratamientos más invasivos para el control de los síntomas, si se necesita (drenaje de líquidos acumulados, transfusión, terapias por vía parenteral, etc.).

- **Sistemas integrales:** Cuando todos los posibles niveles de asistencia están dotados con recursos específicos para cuidados paliativos y coordinados, hablamos de sistemas integrales. El médico de familia sigue siendo siempre el responsable de la asistencia de cada paciente, pero cuenta con un equipo de ayuda en el domicilio en caso de necesidad o para trabajar coordinadamente. De esta manera la mayor parte de los pacientes terminales podrán ser atendidos habitualmente en su domicilio. Cuando sea necesaria la hospitalización por sobrevenir un problema social o por precisar asistencia continuada, un equipo de un centro socio-sanitario podrá autorizar el ingreso del enfermo. Es la solución más adecuada y en nuestro país existen ya varias comunidades que desarrollan sistemas integrales.

- **Asistencia Profesional en cuidados paliativos a domicilio:** Los mismos son llevados a cabo en la comodidad del hogar por profesional capacitados para tal fin.

CAPITULO II

EL ADULTO MAYOR



2. EL ADULTO MAYOR

Tercera edad o adulto mayor es un término que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que este se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. A pesar que esta fase tiene un punto final claro (la muerte), la edad de inicio no se encuentra establecida específicamente, puesto que no todos los individuos envejecen de la misma forma. No obstante, debido que la edad biológica es un indicador del estado real del cuerpo, se considera que se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más.

Los adultos mayores, constituían en el año 2010 el 10% de la población, lo que se traducía en que había 68,4 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. Esta prevalencia irá aumentando de tal forma que el 2030 los adultos mayores serán más que los menores de 15 años, lo cual significará un problema social, económico y sanitario. Los adultos mayores aumentaron del 9,8 al 12% en la última década, lo que significan 2 millones de personas. En 100 años la población total aumentó cinco veces y los adultos mayores siete veces.

Este cambio demográfico es debido a tales cuestiones como:

- Menor mortalidad infantil
- Disminución de las enfermedades infecciosas
- Uso de antibióticos
- Mejores condiciones ambientales
- Mejores hábitos de vida
- Medidas de medicina preventiva.

Mejores expectativas de vida en las mujeres:

- Mejores hábitos de vida
- Ocupaciones de menor riesgo
- Menos desgaste físico
- Mayor preocupación por su salud.

Disminución de la prevalencia de ciertas enfermedades como:

- Tuberculosis
- Poliomiелitis
- Cólera
- Sarampión
- Tétanos
- Úlcera gastroduodenal
- Hemorragia digestiva
- Cirrosis hepática
- Desnutrición.

Aumento de prevalencia de otras enfermedades:

- Cardiovasculares
- Cáncer
- Diabetes mellitus
- Afecciones mentales
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Traumatismos y accidentes del tránsito
- Uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas.

Los adultos mayores están sometidos a situaciones biológicas propias del envejecimiento, con estilos de vida de mayor riesgo, factores sociales y económicos que influyen en su bienestar, y mayor prevalencia de enfermedades agudas, o reagudización de enfermedades crónicas.

Las situaciones que influyen en este concepto de fragilidad son:

- Los mayores de 75 años de edad
- La presencia de problemas cognitivos y afectivos
- Reingreso frecuente a instituciones de salud
- Patologías crónicas o invalidantes
- Falta de soporte socio-económico
- Problemas en la deambulaci3n
- Pobreza.

Causas de mortalidad del adulto mayor:

- Cardiopatías
- Tumores malignos
- Complicaciones de la diabetes mellitus
- Afecciones cerebrovasculares
- Infecciones: (neumonía, infecci3n urinaria)

El adulto mayor como problema social:

- Imposibilidad de trabajar,
- Jubilaci3n insuficiente,
- Mayores gastos,
- Limitaci3n f3sica,
- Enfermedades cr3nico-degenerativas
- P3rdida de la pareja, amigos, familia.

2.1 POSICION DEL ADULTO MAYOR EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Vivimos una época crítica y turbulenta en donde las generaciones adultas se ven sacudidas en su identidad. Emergen nuevas formas de discurso social y entretreídos en la misma, los roles adoptan nuevas modalidades respondiendo a los escenarios actuales.

En este marco, los adultos mayores deben atravesar los cambios biológicos propios de la edad conjuntamente con cambios de roles y pérdidas sociales que demandan una rápida resignificación de los propios espacios, para lograr una adaptación positiva.

Existen dos posturas diferenciadas en gerontólogos de importancia (Backman y Secoval) opinan que el adulto mayor enfrentado a una situación de cambio, activamente usa técnicas y mecanismos para sostener su equilibrio. Tales mecanismos incluyen negarse a percibir actitudes negativas hacia él, eludir a los que asumen tales actitudes, o desvalorizar estas opiniones.

Esta teoría es importante porque de ser acertada ayudaría a explicar por qué muchos mayores pueden sobrellevar significativas reducciones en el campo de sus roles y drásticos cambios en su situación de vida e igualmente sostener una opinión positiva de sí mismos.

La otra teoría, sostenida por Rosoco¹¹ (1973) es opuesta. Afirma que sin roles sociales relevantes no puede haber ni conciencia de ser ni identidad social (es decir, no sé quién soy y no puedo sentir adhesión por mi comunidad porque no me siento perteneciente a ella).

Desde la participación social significativa, ocupan en la sociedad en la que viven, a partir de encontrar espacios desde donde re-definir su presencia. Adhiriendo a la postura de la primer teoría expuesta, se parte de la premisa de que los roles perdidos son insustituibles (el adulto mayor que ha sido hijo, esposo, padre, trabajador...y ha dejado de serlo; estos roles no los puede reemplazar) pero que

sí es posible asumir otros roles llamados de alternancia que le permitan desarrollar una vida satisfactoria.

Según una investigación llevada a cabo acerca de “Las personas mayores en España” por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Madrid, 2000) los mayores creen que la imagen que el resto de la sociedad tiene de ellos está asociada a connotaciones negativas.

Existe además una gran discrepancia entre la imagen que creen que existe en la sociedad sobre ellos y tal como se perciben ellos mismos.

De este estudio surge que los adultos mayores creen que son grandes desconocidos para el resto de la sociedad y que la imagen estereotipada que tiene esa sociedad de ellos como colectivo social no les hace justicia.

A pesar de ello, Zolotow (2002) agrega que si bien existen sobrados indicios de esta modalidad descalificatoria y desvalorizante, hay señales que marcan una tendencia diferente y que entre ellas están las dadas por muchas organizaciones de mayores que buscan romper con estos mandatos y luchan por tener un mejor lugar social.

Los Centros de Jubilados y Pensionados surgen como uno de los movimientos sociales que encaran los adultos mayores en la actualidad, como propuesta para vivir de otra manera el tiempo libre, reinsertándose de un modo activo en su comunidad.

A) El espacio social más pequeño.

Desde aquella mirada que los involucra social y afectivamente con su comunidad de origen, los mayores manifiestan sentirse respetados y reconocidos al referirse a ellos por su nombre de pila, lo sienten como sinónimo de consideración y respeto.

B) Los Adultos Mayores de Ayer

Estos adultos mayores que intentan cada día ocupar ese mejor lugar social, reconocen y aceptan que en la realidad actual existen transformaciones vitales que atraviesan el imaginario social y producen importantes mutaciones en la mentalidad de la época (Rojas y Sternbach) y a las que deben ajustarse para continuar estando vigentes y vinculados al mundo y así evitar el aislamiento social y en definitiva, la enfermedad.

La significación que le otorgan a la figura de la personas de edad, tiene que ver con los modelos culturales que se les inculcaron acerca de temas como la pareja, la sexualidad, el amor, el tiempo y también la vejez dentro de los cuales fueron educados. Entre las décadas del '40 y del '50 cuando transitaban su juventud, se encontraban muy vigentes en el país los Derechos de la Ancianidad, cuyos temas principales eran el derecho a la asistencia, al trabajo y al respeto. Con lo que también es posible brindar algún tipo de explicación acerca de la importancia que le asignan a la permanencia del anciano en el seno de su familia hasta su muerte.

Se puede inferir que la internación geriátrica es una de las respuestas que la sociedad brinda actualmente. El importante incremento experimentado por el grupo de edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, desborda la capacidad de respuesta familiar.

También las transformaciones familiares (un creciente número de personas que viven solas, familias uniparentales, tasas de divorcios en aumento, hogares más pequeños, menor número de hijos y feminización de la pobreza) dificultan cada vez más que las familias puedan hacerse cargo de sus mayores. Si bien estas explicaciones sociológicas dan cuenta de una realidad social insoslayable, es cierto que estos adultos mayores analizan este tema a partir de lo que les pasa a los otros y posiblemente puedan hablar desde ese lugar porque sienten que en la medida que sean independientes y auto válidos, tienen derecho a elegir el espacio social donde vivir.

Las personas que viven en su propio domicilio, tienen una visión negativa de las residencias de ancianos y que solo en casos extremos se irían a vivir a una residencia geriátrica (Salvarezza, 1999).

C) El escenario actual.

Cambiar y Aprender a vivir los cambios es complejo porque incluye el doble desafío de encarar las propias modificaciones del envejecimiento y los que plantea la época en que se vive. A pesar de ello, los adultos mayores se avienen a afrontar esta experiencia de cambiar, aprendiendo a vivir su presente, integrando su pasado que les refuerza su identidad e incorporando frente al futuro ideas de imprevisibilidad, de lo azaroso, de lo no certero, de lo diferente que caracteriza a esta sociedad contemporánea (Viguera, 1999).

La capacidad de los mayores para asumir los cambios y pérdidas que inevitablemente se producen en la vejez, conlleva el tener que asumir la nueva identidad sobre bases diferentes, en un período donde la adecuación a lo nuevo se hace más difícil, pero no imposible. Desde los espacios generados por ellos mismos pueden ubicarse y actuar activamente sin atender las negativas propias y externas que, en generaciones anteriores, los hubiesen imposibilitado (Iacub, 2001) por lo que la adaptación social a los nuevos modelos imperantes, les permite luchar por un envejecimiento saludable.

Resignificar la etapa de la vejez, exige, como se viene afirmando, descubrir los propios recursos y valorarlos y partir de allí para construir un camino nuevo.

D) El lugar social.

Acerca del rol a desempeñar en la sociedad actual; la historia personal de cada uno de ellos junto a las posibilidades que les ofrezca su medio socio-cultural serán determinantes para su ejercicio. Consultados al respecto, todos ellos, insertos en esta sociedad de la cual se sienten partícipes y en la que luchan para encontrar y defender su lugar social a partir de sus propios valores, debido a que es difícil que las personas mayores se integren totalmente en los valores de la sociedad contemporánea, pues no pueden renunciar a los propios, es pena de arriesgar su equilibrio personal (Moragas,1998:114), coinciden en que la sabiduría y la experiencia que les otorgan los años vividos los posiciona para hacer frente y traer tranquilidad

Si todos nuestros adultos mayores pueden sostener la diferencia generacional, ligado al paso inevitable del tiempo; ofrecerse ellos mismos como referentes identificatorios que configuren la continuidad histórica y la transmisión no condensada, otorgarán la posibilidad de la sucesión intergeneracional, fondo de memoria y sustancia del futuro (Ferrero,1998) y podrán hacer efectivo el rol que consideran haberse ganado.

El posmodernismo propone una multiplicidad de saberes fragmentados que hacen muy difícil aprehender algo de la realidad; relativiza la historia universal, lo cual da lugar que prime un postulado dirigido a miles de historias individuales: vivir para el momento, anulando pasado y futuro. Los ideales se han trocado en meros canjes pragmáticos y los valores actuales proponen como modelo la juventud y reniegan del período correspondiente a la vejez: modelo antiguo y en desuso. Aquí están los adultos mayores, que si bien han debido lentificar su paso y renunciar a su vigor físico de antaño, para dar paso a la calma y la sabiduría que otorgan los años vividos.

Si bien desde el espacio más pequeño, aquel que ofrece la comunidad de origen, estos involucrados directos manifiestan sentir que ocupan un lugar social, en

general, la situación social del adulto mayor de principios de siglo dista de ser la ideal. Existen limitaciones no tanto de este grupo social mismo, que con 15-20 años más de vida por delante se encuentra sano y vital para encarar su proceso de envejecimiento, sino por las barreras impuestas por la sociedad que pone un énfasis casi exclusivo en valores juveniles, de belleza, de fuerza, innovación... radicalmente opuestos a los valores y potenciales de este grupo de edad. Es necesario rediseñar el rol social de las personas de edad y reconocer que constituye un recurso de la comunidad y que como tal, puede y debe ser utilizado. Pero este re-diseño podrá ser factible desde el anclaje de dos fuerzas complementarias:

1) En la medida que ellos mismo luchen por incluir sus propios valores en la sociedad, a través de legislación y actitudes colectivas, en lugar de tratar de integrarse por sus conductas a los valores jóvenes dominantes

2) En la medida en que la sociedad se permita darse cuenta que necesita de los viejos así como los viejos necesitan de la sociedad. El capital social de una población proviene de la integración de sus componentes, no de la exclusión y segregación. Los adultos mayores que vienen creciendo y cada vez son más, contribuyen a fortalecer el capital social, no solo con su número sino principalmente con su presencia. La satisfacción que expresan al realizar las tareas que ellos mismos han elegido lleva a pensar en un envejecimiento con resoluciones satisfactorias de las crisis vitales, que encuentra su expresión en la vida cotidiana donde transcurren su existencia, pudiendo volcarse a lo comunitario y estableciendo allí relaciones de reciprocidad que favorecen mejorar su lugar social, y consiguientemente, su sentido de ser (Zolotow, 2002).

2.2 ENFERMO TERMINAL

Paciente terminal es la persona que se encuentra en la etapa final de algunas enfermedades crónicas, especialmente de las cancerígenas. Esta fase se inicia en el momento en que es preciso abandonar los tratamientos de finalidad curativa, ya que no le aportan beneficios a su estado de salud, para sustituirlos por otros cuyo objetivo es controlar y paliar los síntomas, tanto físicos como psíquicos que origina la enfermedad.

A menudo, un paciente se considera que sufre una enfermedad terminal cuando su esperanza de vida se estima en seis meses o menos, bajo el supuesto de que la enfermedad sigue su curso normal.

Por consiguiente, aunque un enfermo diagnosticado correctamente puede ser considerado terminal, esto no es una garantía de que el paciente va a morir dentro de los seis meses. Del mismo modo, un paciente con una enfermedad que progresa lentamente, como el SIDA, no se puede considerar una enfermedad terminal ya que las mejores estimaciones de longevidad son mayores de seis meses. Sin embargo, esto no asegura que el paciente no muera de forma temprana.

2.2.1 Derechos del paciente en etapa terminal

Se entiende por derecho al conjunto de normas de carácter general que se dictan para dirigir a la sociedad a fin de solventar cualquier conflicto de relevancia jurídica que se origine; estas normas son impuestas de manera obligatoria y su incumplimiento puede acarrear una sanción.

- Derecho a ser tratado como ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea esta.
- Derecho de expresar a su manera sus sentimientos y emociones por lo que respecta al acercamiento de la muerte.
- Derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- Derecho de no morir sólo.
- Derecho de ser liberado del dolor.
- Derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que se la pregunta.
- Derecho de no ser engañado.
- Derecho de recibir ayuda de la familia y para la familia en la aceptación de la muerte.
- Derecho de morir en paz y con dignidad.
- Derecho de conservar la individualidad y de no ser juzgado por decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Derecho de que el cuerpo sea respetado después de la muerte.

2.2.2 Etapas del enfermo terminal.

Cada paciente reacciona de manera diferente ante la noticia de que sufre una enfermedad terminal. En general, casi todos los pacientes pasan por cinco etapas hasta aceptar su dramática situación.

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 puede, 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.

2.3 MUERTE DIGNA

La ortotanasia o muerte digna, designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

Por extensión se entiende como el derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para mantener la vida. En este sentido, ante enfermedades incurables y terminales se debe procurar que se actúe con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que llegue la muerte.

La ortotanasia se distingue de la eutanasia en que la primera nunca pretende adelantar deliberadamente la muerte del paciente

Aunque en la cultura actual la consideración de ortotanasia o muerte digna en el final de la vida de enfermos incurables y terminales se asocia como aquella que se produce sin ensañamiento terapéutico y con aplicación de cuidados y tratamientos paliativos, sobre todo dirigidos al sufrimiento y dolor innecesarios, no debe entenderse excluida de una muerte digna cualquier persona cuya muerte se produjera al margen de esas consideraciones genéricas, ya sea por decisión personal del enfermo u otras circunstancias. La medicina paliativa, se concentra en mejorar la calidad de vida y en aliviar los síntomas en el marco de un equipo multidisciplinario, formado por médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, etc.

Se ofrece además terapia de expresión artística como la música y la pintura lo que permite a los enfermos encontrar una forma de comunicación no verbal, para las angustias, temores que le puede ocasionar el enfrentamiento con la muerte. A los pacientes que lo deseen se les ofrece asistencia espiritual. Dado que a la familia se le considera parte del equipo terapéutico se procura educarla para que pueda asumir un rol activo para el cuidado de la persona enferma.

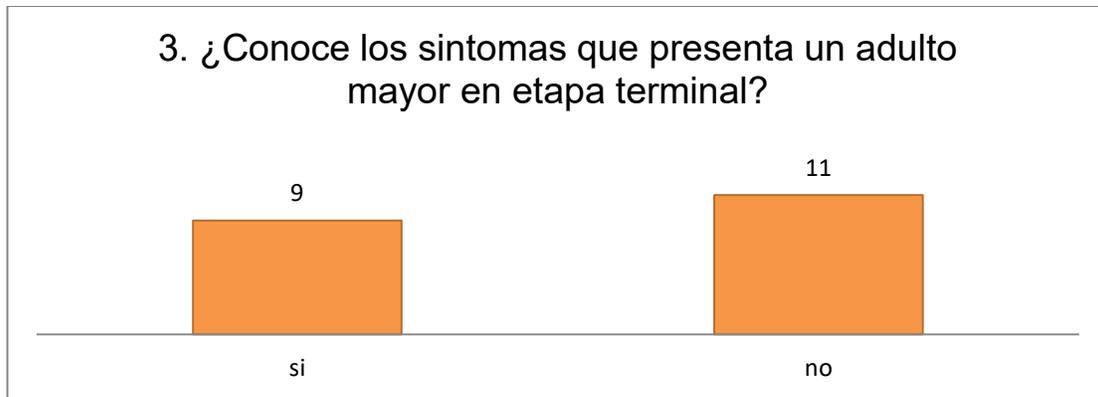
INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA



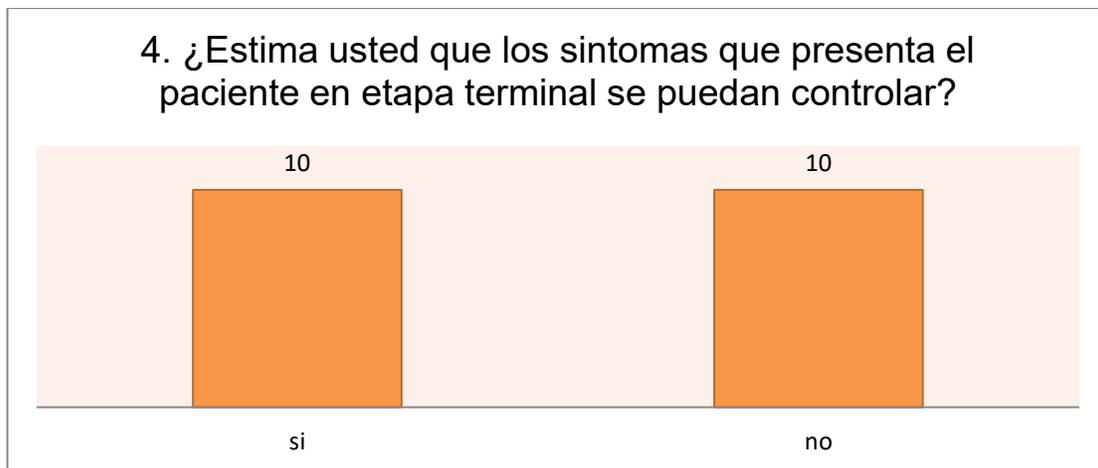
Se realizó la encuesta a 20 enfermeras, de las cuales 19 tienen el conocimiento de lo que son los cuidados paliativos y solamente una no sabe de qué se tratan estos cuidados.



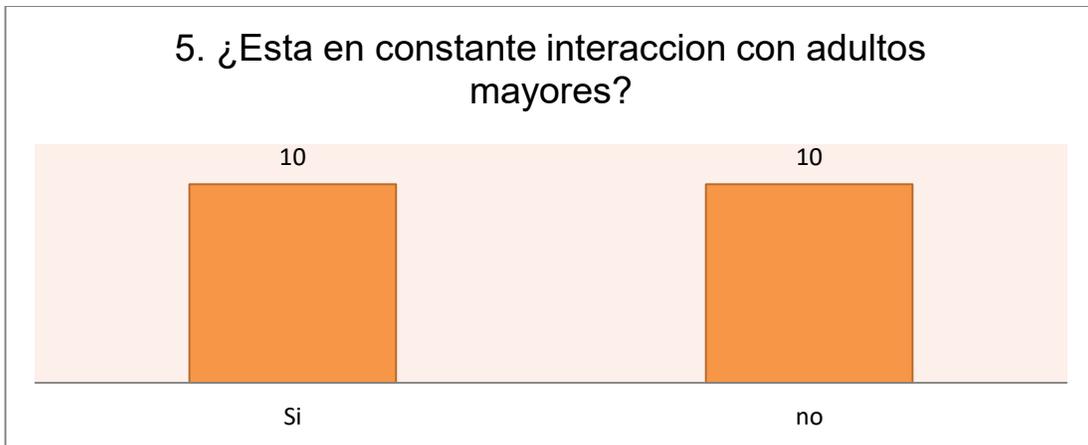
De las 20 enfermeras encuestadas 15 sabían la edad que abarca Adulto mayor, mientras que las otras 5 no sabían que rangos de edad abarca esta etapa de Adulto mayor.



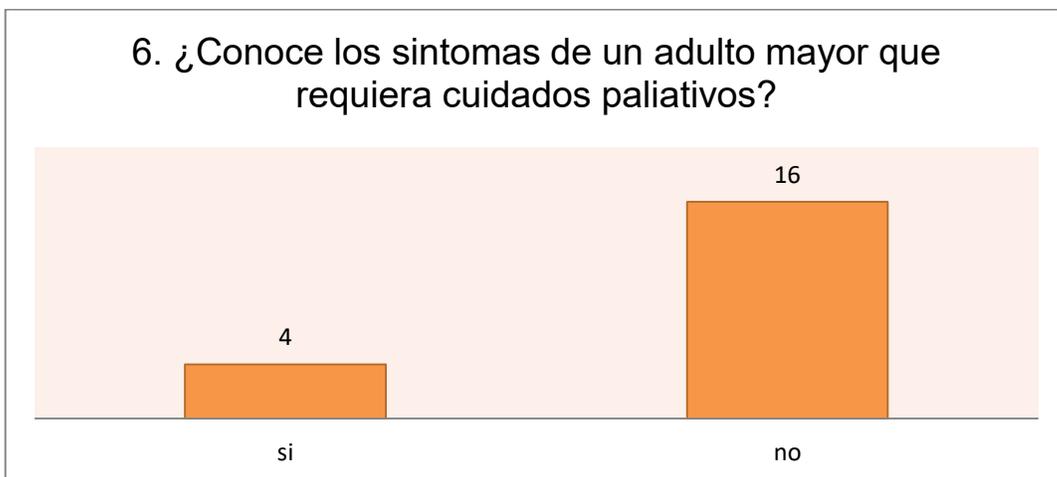
Se encuestan 20 enfermeras siendo solo 9 de ellas quienes saben o tiene idea de algunos de los síntomas que presenta el adulto mayor cuando está en etapa terminal, las otras 11 restantes desconocen los síntomas que estas personas pueden llegar a presentar.



10 de las enfermeras encuestadas opina que los síntomas que presenta el adulto mayor en etapa terminal se pueden controlar, las otras 10 opinan que estos síntomas son incontrolables.

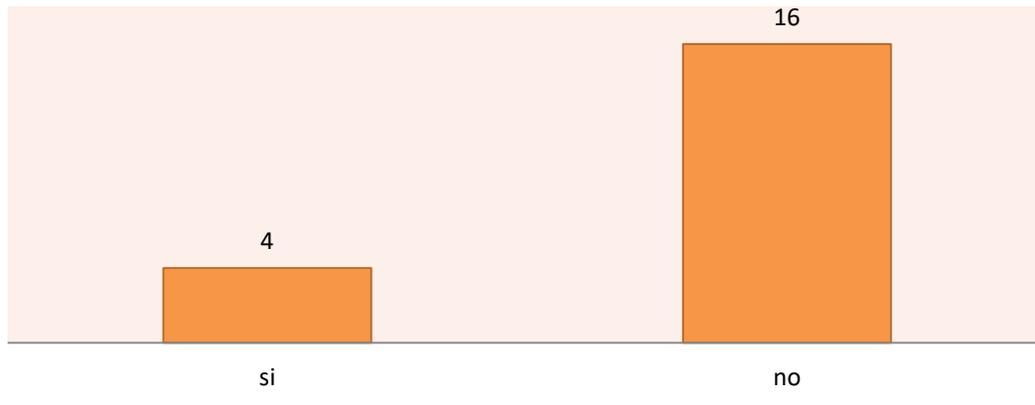


La mitad de las enfermeras dicen tener constante interacción con adultos mayores, mientras que la otra mitad dice no tener contacto con estas personas.



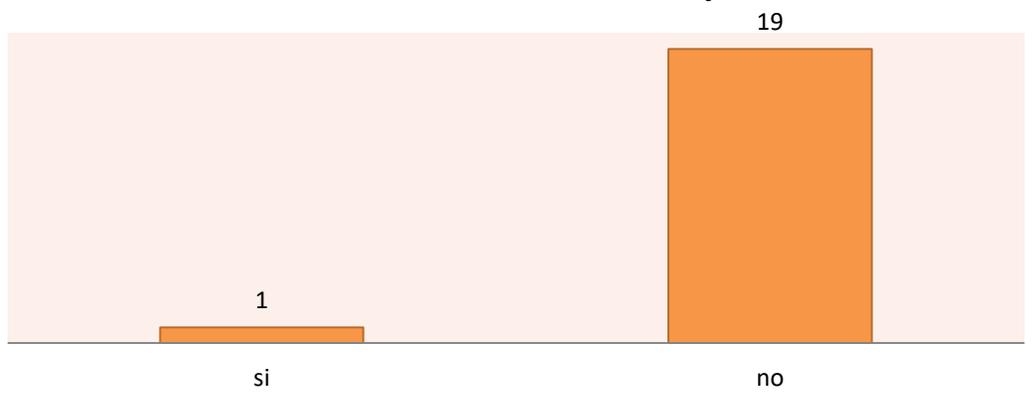
Solo 4 de las 20 encuestadas dice conocer los síntomas del adulto mayor que requiere cuidados paliativos, las otras 16 restantes desconoce que síntomas pueda presentar un adulto mayor que requiera de este tipo de cuidados.

7. ¿Estima usted que el dolor pueda ser curable?

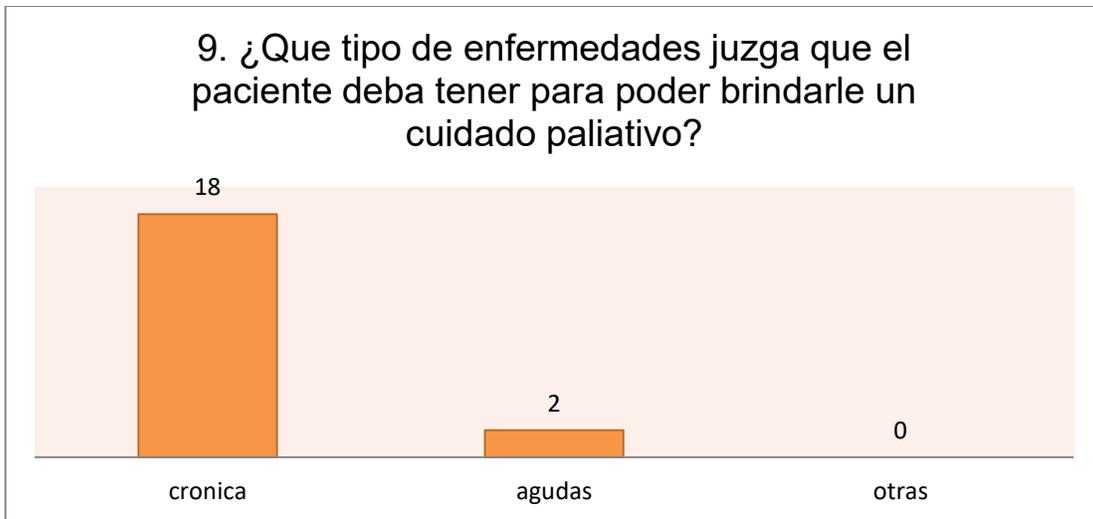


De las 20 encuestadas 4 enfermeras estiman que el dolor se puede curar, las otras 16 dicen que el dolor no es curable en los adultos mayores.

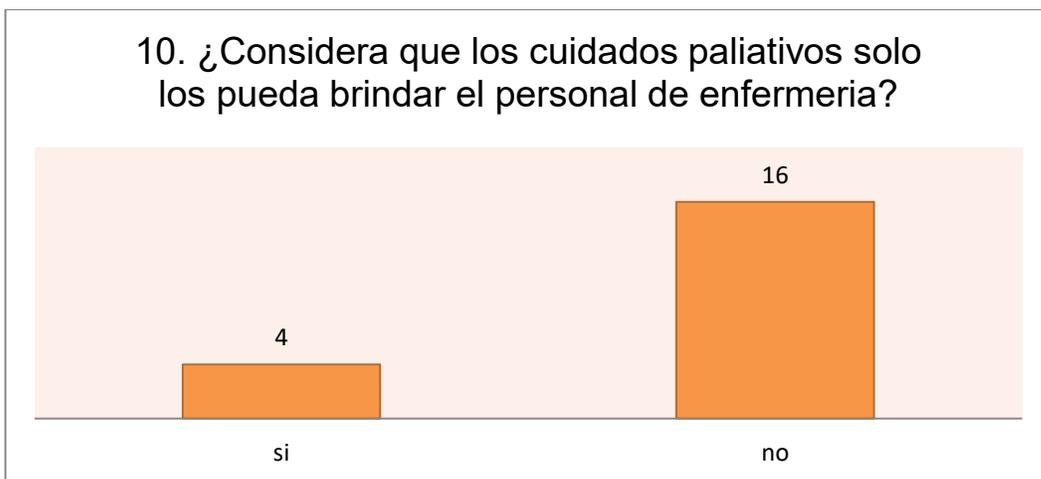
8. ¿Considera usted que solo se le deba brindar atención física al adulto mayor?



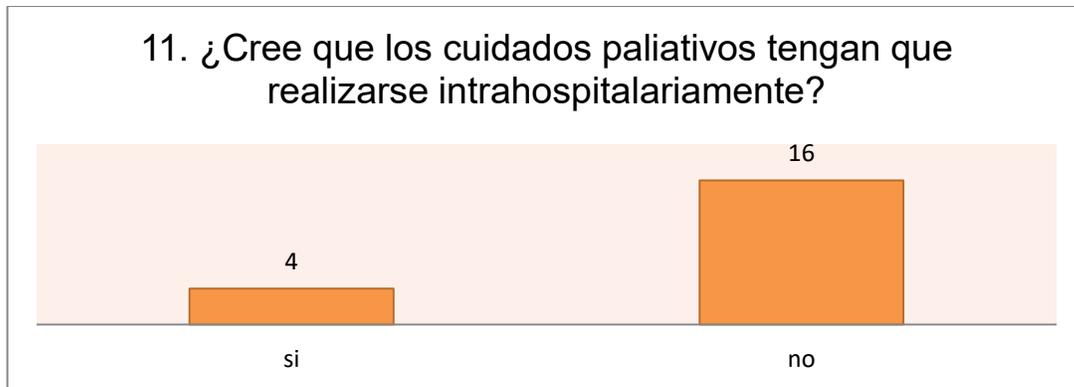
Solo una enfermera opina que a un paciente en etapa terminal solo se le debe atender de manera física, las otras 19 opinan que se debe abordar como un ser biopsicosocial.



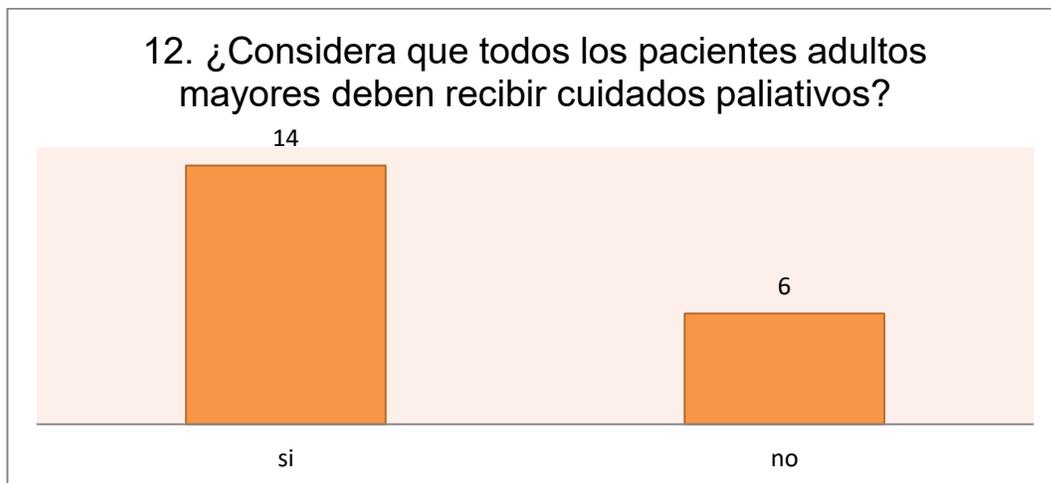
De las 20 encuestadas 18 enfermeras opinan que solo los pacientes con enfermedades crónicas pueden recibir este tipo de cuidados, dos enfermeras opinan que los pacientes con enfermedades agudas también son candidatos para recibir estos cuidados.



Solo 4 personas dicen que los cuidados paliativos solo los puede brindar el personal de enfermería, las otras 16 opinan que los puede brindar cualquier otra persona del área de la salud.

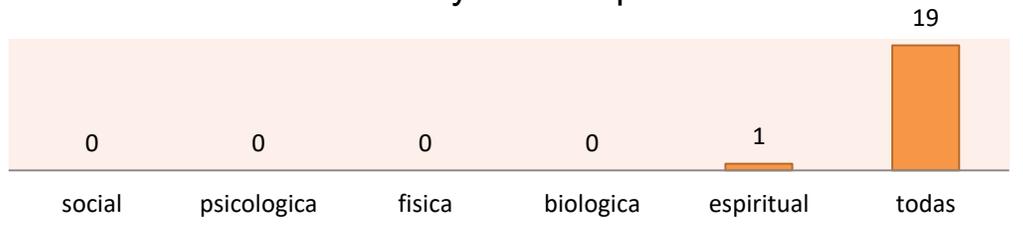


Solo 4 enfermeras opinan que es necesario brindar los cuidados paliativos en una unidad médica, mientras que 16 enfermeras opinan que no necesariamente estos cuidados tienen que ser intrahospitalarios.



14 enfermeras opinan que todos los adultos mayores deben recibir cuidados paliativos independientemente de su enfermedad, las otras 6 enfermeras opinan que no todos los adultos mayores son candidatos a recibir cuidados paliativos.

13. ¿Que tipo de dimensiones se deben abordar en el adulto mayor en etapa terminal?



De las 20 encuestadas, 19 opinan que se deben abordar todas las dimensiones social, psicológica, física, biológica y espiritual; solo una persona piensa que realmente la única dimensión que requiere el adulto para ser abordada es la espiritual.

14. ¿Cual es la función de enfermería para con el adulto mayor?



Todas las enfermeras encuestadas saben cuál es su función con el adulto mayor.

15. ¿Como se da cuenta si el paciente esta satisfecho con su atencion como enfermera?



15 enfermeras opinan que mediante sus comportamientos del paciente, así como su evolución, su aceptación del tratamiento etc.; 5 opinan que realmente no saben cuándo un paciente está satisfecho.

ÉTICA DE ESTUDIO

CODIGO DE ETICA PARA LA ENFERMERA

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPITULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPITULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

CAPITULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPITULO V

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPITULO VI

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

LEY GENERAL DE SALUD

TITULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

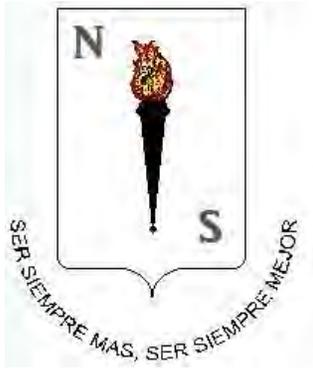
II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y a la producción nacional de insumos para la salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TEMA: Cuidados paliativos en el Adulto Mayor

Responsable: Paola de Jesús Robles Herrera.

Asesora: LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

En la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México se está realizando un estudio sobre los cuidados paliativos que se deben realizar al adulto mayor en etapa terminal, cuyo objetivo es brindar una atención holística así como promover la atención paliativa para mejorar la calidad de vida del paciente.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación.

Morelia, Michoacán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la Responsable

Testigo

Testigo

Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Escuela de enfermería de Nuestra Señora de la Salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación “CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR” para lo cual se requiere información sobre el número total de pacientes adultos mayores en etapa terminal. Este estudio se llevará a cabo por la alumna: Paola de Jesús Robles Herrera, de 4to año, asesorada por la Lic. En Enf. María de la Luz Balderas Pedrero.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

Lic. En Enf. Martha Alcaraz Ortega

Directora de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud.

CONCLUSIONES

Con base en lo analizado anteriormente se concluye que los cuidados paliativos en el adulto mayor son indispensables sobre todo en las personas que padecen enfermedades crónico - degenerativas y terminales, dado que estas personas requieren de cuidados especiales para poder afrontar su enfermedad y aceptarla.

Sobre todo porque estos cuidados ayudan a sentirse mejor, a luchar aún más por su vida, alivia su dolor y sobre todo involucra a los familiares y cuidadores de estas personas.

Enfermería es una profesión con amplia gama de conocimientos acerca de los cuidados, es por ello que son las principales personas encargadas de brindar estos cuidados, dado que no solo abordan a la persona enferma de una manera física pues el objetivo es asistirlo en sus tres esferas como un ser biopsicosocial que tiene un lugar en esta sociedad.

Una de las tareas más importantes de enfermería es promover la atención del adulto mayor y sobretodo que los cuidados se lleven a cabo en los adultos que realmente lo requieren así como encargada que se lleven a cabo adecuadamente en tiempo, forma y espacio.

Los cuidados paliativos influyen positivamente en el estado general del adulto mayor, puesto que su finalidad es otorgar alivio al final de la vida, aliviando el dolor, considerando a la muerte como un proceso natural así como mejorar la calidad de vida, influyendo positivamente en el curso de la enfermedad y tratando de hacer cuanto sea posible para que el adulto mayor pueda gozar plenamente sus últimos días de vida.

ANEXOS

ANEXO I GUION METODOLÓGICO

| Tema | Pregunta | VARIABLES | Definición de Variables | Objetivos | Hipótesis |
|---|---|---|---|--|---|
| Cuidados paliativos en el Adulto Mayor. | ¿Cómo influyen los cuidados paliativos en el estado general del adulto mayor? | -Cuidados Paliativos -Adulto Mayor | C.P: Son aquellos encargados de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida a personas que padecen una enfermedad grave que compromete su vida. A.M: individuo que se encuentra en la última etapa de su vida. | O. Específico: Saber el conocimiento que tiene enfermería sobre los cuidados paliativos del adulto mayor. O. General: Promover la atención paliativa a los adultos mayores así como sus beneficios. | Los cuidados paliativos influyen positivamente en el estado general del adulto mayor. |

ANEXO II CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| . | . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |
| Elaboración del protocolo. | * | * | | | | | | | | |
| Elaboración del marco teórico | * | * | * | | | | | | | |
| Elaboración de instrumentos | | | | * | | | | | | |
| Prueba del instrumento | | | | | * | * | | | | |
| Recopilación de información | | | | | | | * | | | |
| Análisis y ordenación de datos. | | | | | | | | * | | |
| Elaboración del informe final | | | | | | | | | * | |
| Exposición de los trabajos y datos. | | | | | | | | | | * |

ANEXO III ENCUESTA



Escuela de enfermería de Nuestra señora de la Salud

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ADULTO MAYOR

OBJETIVO: Saber el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre los cuidados paliativos en el Adulto Mayor.

INDICACIONES: Lea cuidadosamente y marque con un circulo la opción que considere correcta.

1. ¿Conoce que son los cuidados paliativos?

a) Si b) No Menciónelos _____

2. ¿Sabe a partir de qué edad se considera adulto mayor?

a) Si b) No Mencione la edad _____

3. ¿Conoce los síntomas que presenta un Adulto mayor en etapa terminal?

a) Si b) No Menciónelos _____

4. ¿Estima usted que los síntomas que presenta el paciente en etapa terminal se puedan controlar?

a) Si b) No c) Por que _____

GLOSARIO

- Cardiopatía: enfermedad del corazón
- Confort: Condiciones materiales que proporcionan bienestar o comodidad
- Cuidado: Acción de cuidar
- Declive: Pérdida progresiva de la fuerza, intensidad, importancia o perfección de una cosa o una persona
- Enfermedad crónico degenerativa: Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta
- Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa
- Ética: Disciplina filosófica que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano
- Geriatría: rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la vejez
- Hospice: Hospital
- Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población
- Ortotanasia: actuación correcta ante la muerte por parte de quien atiende al que sufre en una enfermedad terminal
- Paciente en etapa terminal: persona que está cursando por una enfermedad y que se encuentra al final de ella
- Paliativo: Sirve para atenuar o suavizar los efectos de una cosa negativa, como un dolor
- Quimioterapia: tratamiento médico para algunas enfermedades que consiste en la aplicación de sustancias químicas al organismo.
- Radioterapia: Tratamiento para el cáncer el cual usa dosis de radiación para la destrucción de células cancerosas y reducir tumores.

BIBLIOGRAFIA

- Achury-Saldaña, Diana Marcela Dolor: la verdadera realidad Aquichan, vol. 8, núm. 2, octubre, 2008, pp. 146-158 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia
- Carrasco M et al. Identificación y características del adulto mayor en la atención primaria. Rev. Med. de Chile. 2010; 138: 1977-1983.
- Cometto, M^a Cristina EL DOLOR. UN CUIDADO. Enfermería Global, vol. 6, núm. 1, mayo, 2007, pp. 1-4 Universidad de Murcia Murcia, España
- Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica, 1999.
- Decreto 137/2002 de Abril, Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA.
- DURÁN, ADRIANA; VALDERRAMA, LAURA; URIBE, ANA FERNANDA; GONZÁLEZ, ANGÉLICA; MOLINA, JUAN MÁXIMO Enfermedad crónica en adultos mayores Universitas Médica, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 16-28 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia
- Gil Rosa, Isabel; Romero Torres, Vanesa; González Céspedes, M^a Dolores; Sánchez Ortiz, M^a Pilar; López-Torres Hidalgo, Jesús Evaluación de Dolor Cervical en pacientes tratados mediante Ejercicios de Rehabilitación Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 5, octubre, 2006, pp. 215-218 Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria Albacete, España.
- Gonzalo Jiménez, Toral López I, Ruiz Barbosa C., Martín Santos FJ, Morales Asensio JM. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud.
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GP_C_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativosx1x.pdf
- <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/medicinafinal.pdf>

- http://www.palliativedrugs.com/download/120703_MEDICINA%20PALIATIV A_VERSION%20PDF.pdf
- https://colegaslujan.files.wordpress.com/2012/06/manual_tx_dolor_rinconmedico-org.pdf
- Jiménez Betancourt, Elena; Írsula Betancourt, Liorna Adulto mayor en estado de fragilidad MEDISAN, vol. 14, núm. 3, 2010, pp. 396-401 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Santiago de Cuba, Cuba.
- Joaquín González Otero / Mildred Stablé Duharte, Especialidad: Cuidados Paliativos, Páginas: 328, © 2014
- López-Pérez-Díaz, Ángel G.; Calero-García, M. Dolores Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas Psicothema, vol. 20, núm. 3, 2008, pp. 420-426 Universidad de Oviedo Oviedo, España
- Manuel González Barón, Edición: 2ª, Especialidad: Cuidados Paliativos, Páginas: 900, Encuadernación: Tapa dura, © 2007
- Pérez Bret, Encarnación LA EXCELENCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Cuadernos de Bioética, vol. XXII, núm. 3, 2011, pp. 535-541 Asociación Española de Bioética y Ética Médica Murcia, España
- Pessini, Leo; Bertachini, Luciana Nuevas perspectivas en cuidados paliativos Acta Bioethica, vol. 12, núm. 2, 2006, pp. 231-242 Universidad de SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva), Edición: 2ª, Especialidad: Cuidados Intensivos y Medicina Crítica, Páginas: 488, Encuadernación: Rústica, © 2016.
- Silvia Allende Pérez / Emma Verástegui Avilés, Especialidad: Cuidados Paliativos, Páginas: 350, © 2014

- Vallejo Valenzuela, María del Carmen Rehabilitación y cuidado paliativo Persona y Bioética, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 59-63 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia.