UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA:

"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES. HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA 2016-2017."

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

AUTORAS:

MARÍA VALERIA GARCÍA FLORES

ANDREINA JANNETH RAMOS VALVERDE

TUTORA:

LIC. VILMA VILLACIS

Año: 2017-2018

GUARANDA- ECUADOR

I. DEDICATORIA

Llena de emoción estoy construyendo un presente educativo, para proyectarme a un futuro provisorio en mi carrera profesional, gracias al apoyo constante de los familiares y de manera especial a mi madre, María Eugenia Flores Medina, quien es el pilar fundamental de nuestro hogar.

MARÍA VALERIA

Con profunda generosidad entrego este trabajo de grado a Dios a mis padres, Jesús Ramos y Mariana Valverde de igual manera a mi hermano Guillermo Ramos, quienes han sido mi permanente compañía en mis estudios superiores, camino que lo he construido con esfuerzo y sacrificio.

ANDREINA JANNETH

II. AGRADECIMIENTO

Nuestra reconocida gratitud a la Universidad Estatal de Bolívar, a la Facultad de Ciencias de la Salud y del ser Humano, a la Escuela de Enfermería, de madera particular a los señores docentes, quienes con su dedicación nos encaminaron por amor a nuestra profesión, ampradas de un trato justo y humano a nuestros semejantes.

Nuestra imperecedera gratitud a nuestra tutora de grado Licenciada Vilma Villacis, por brindarnos el apoyo constante, hasta finalizar nuestro trabajo de grado.

Nuestra gratitud a los funcionarios del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, a los pacientes sus familiares quienes nos bridaron la información fidedigna para nuestro estudio investigativo.

MARÍA VALERIA **ANDREINA JANNETH**

III. TEMA

"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA 2016-2017."

IV. INDICE

I. DEDICATORIA..... I

II. AGRADECIMIENTO II

III. TEMA III

IV. INDICE IV

V. CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR LA TUTURA. VI

VI. RESUMEN EJECUTIVO VII

SUMARY IX

VII. INTRODUCIÓN XI

CAPÍTULO I:.....1

EL PROBLEMA 1

1.1 Planteamiento del problema.....1

1.2 Formulación del problema.....3

1.3 Objetivos 4

1.3.1 Objetivo General. 4

1.3.2 Objetivos Específicos......4

1.4. Justificación 5

1.5 Limitaciones.....7

CAPÍTULO II: 8

MARCO TEÓRICO 8

2.1 Antecedentes 8

2.2 Bases teóricas.....11

2.2.1 Cuidados Paliativos. 11

2.2.2 Rol de enfermería en cuidados paliativos. 14

2.2.3 Aspectos tomados en cuenta para cuidados paliativos......15

2.2.4 Enfoque de capacidades. 28

2.3 Definición de Términos. 37

CAPITULO III 40

MARCO METODOLÓGICO.....40

3.1. Nivel de Investigación. 40
3.2 Diseño......40
CAPITULO IV 43
RESULTADOS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS 43
CAPITULO V.....112
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....112
BIBLIOGRAFIA.....116
ANEXOS 119
1.2. Anexo N° I Encesta.....119
1.3. Anexo N° II cronograma de actividades del Proyecto 130
1.4. Anexo N° III Marco Administrativo 142
1.5. Anexo N° IV. Evidencia del trabajo.....144

V. CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO EMITIDO POR LA TUTURA.

Guaranda marzo del 2018

Lic. Vilma Villacis

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación denominado: **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA 2016-2017."** Realizado por la estudiantes María Valeria García Flores con CI: 0201575792 y Andreina Janneth Ramos Valverde con CI: 0202418117 reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

LIC. VILMA VILLACIS

DIRECTORA DEL PROYECTO DE TITULACION

VI. RESUMEN EJECUTIVO

El trabajo de investigación, se relaciona al Proceso de Atención de Enfermería, según el enfoque de capacidades, que más adelante se define como; (PAE-CP) este instrumento cumple con las exigencias que demandan los pacientes de cuidados paliativos, los datos encontrado fueron observados, analizados y procesados bajo el control y autorización del hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda.

En el desarrollo del primer capítulo del trabajo, se hace una descripción del problema de estudio, que se relaciona con el incremento del promedio de vida de la población de la provincia Bolívar, datos que han sido tomados muy responsablemente del INEC como también la OMS y datos periodísticos de los estudios de FECUPAL.

El planteamiento de los objetivos, nos conlleva al enfoque de capacidades propuesto por Martha Nussbaum, bajo sus diez enunciados, que son vida, salud corporal, integridad física, sentimientos imaginación y pensamiento, emociones, razón práctica, filiación, otras especies, juegos, control de su propio entorno político material. Los resultados esperados demuestran, un impacto en la población de estudio, los familiares, personal de enfermería, categorizados como beneficiarios directos e indirectos.

En el segundo capítulo desarrollamos las bases científicas de nuestro tema de investigación, con aportes bibliográficos de estudios entre un promedio de diez años atrás, sustento científico que lo hemos tomado con responsabilidad, al ser citados mediante la norma APA sexta edición.

La visita al Hospice “San Camilo” de la ciudad de Quito fue muy importante para conocer el proceso de atención de cuidados paliativos, ya que esta

institución está especializada para brindar una atención de calidad, bajo la coordinación de los familiares, con profesionales de alta calidad, dedicados únicamente a la atención de pacientes con cuidados paliativos, que diferencia de otros hospitales que cuentan con suficiente apoyo económico.

En el desarrollo del capítulo tres podemos encontrar el análisis e interpretación de resultados, los mismos que luego de haber aplicado, los instrumentos de recolección de datos, a los 96 pacientes con enfermedad crónica degenerativos, se ha sintetizado la información en un cuadro de datos, seguidamente en un centro grama, con las frecuencias relativas y el porcentaje de datos finales, que se concluye con la interpretación de los resultados, de las cuales llegamos a la conclusión y recomendación.

Como alternativa de nuestro trabajo investigativo hacemos conocer en el capítulo cuatro, los resultados o logros alcanzados, según los objetivos planteados, hemos utilizado una matriz de doble entrada, donde planteamos los indicadores de los enunciados por Martha Nussbaum, el propósito o definición de cada uno de ellos, y finalmente los resultados obtenidos durante la ejecución de nuestro trabajo investigativo.

Para finalizar el estudio en el capítulo cinco se describen las conclusiones y recomendaciones a las que hemos llegado, estamos seguras que nuestro aporte servirá de mucho para atender a los pacientes de cuidados paliativos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, con la seguridad que el personal de enfermería de atención humanizada, holística e interdisciplinaria, en un ambiente de acogida, respeto, comprensión y que satisfaga todos sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales, en procura de una vida plena hasta el final y un acompañamiento humano y adecuado.

SUMARY

The research work is related to, The Nursing Care Process, according to the capabilities approach, which we define later as; (PAE-CP) This instrument meets the demands demanded by palliative care patients, the data found were observed, analyzed and processed under the control and authorization of the Alfredo Noboa Montenegro hospital in the city of Guaranda.

In the development of the first chapter of the work, it makes a description of the study problem, which is related to the increase of the average life of the population of the Bolívar province, data that has been taken very responsibly from the INEC as well as the WHO and data journalistic studies of FECUPAL.

The approach of the objectives, does not lead to the approach of capabilities proposed by Martha Nussbaum, under its ten statements, which are life, physical health, physical integrity, feelings imagination and thought, emotions, practical reason, filiation, other species, games, control of their own material political environment. The expected results demonstrate an impact on the study population, family members, and nursing staff, categorized as direct and indirect beneficiaries.

In the second chapter we developed the scientific basis of our research topic, with bibliographic contributions of studies between an averages of ten years ago, scientific sustenance that we have taken responsibly, when cited by the APA standard sixth edition.

The visit to the Hospice "San Camilo" of the city of Quito was very important to know the process of palliative care, since this institution is specialized to provide quality care, under the coordination of family members, with highly qualified professionals. Quality, dedicated solely to the care of patients with palliative care, which differs from other hospitals with sufficient financial support.

In the development of chapter three we can find the analysis and interpretation of results, the same ones that after applying, the instruments of data collection, to the 96 patients with chronic degenerative disease, the information has been synthesized in a data box, then in a center, with the relative frequencies and the percentage of final data, which concludes with the interpretation of the results, from which we reach the conclusion and recommendation.

As an alternative to our research work we report in chapter four, the results or achievements, according to the objectives, we have used a matrix of double entry, where we set the indicators of the statements by Martha Nussbaum, the purpose or definition of each of them, and finally the results obtained during the execution of our research work.

To conclude the study in chapter five we make known our conclusions and recommendations to which we have arrived, we are sure that our contribution will serve much to serve the palliative care patients of the Alfredo Noboa Montenegro Hospital, with the security that the nursing staff of humanized attention, holistic and interdisciplinary, in an environment of welcome, respect, understanding and that satisfies all your physical, psychological, emotional, social and spiritual needs, in search of a full life to the end and a human and adequate accompaniment.

VII. INTRODUCIÓN

En el Ecuador tanto el envejecimiento de la población como la prevalencia de las enfermedades crónicas se encuentran en etapa de crecimiento, por lo que los cuidados paliativos dejan de ser una opción y pasan a convertirse en una ley de estado, según el acuerdo Ministerial 101 que garantiza al paciente terminal y a sus familiares una mejor calidad de vida, a través de un servicio integral de salud. **(EL COMERCIO, 2015)**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud **(OMS)** los cuidados paliativos como la atención médica enfocada a pacientes con enfermedades terminales y progresivas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia por medio de un tratamiento sintomático, psicológico y algunos casos espirituales. Los cuidados paliativos no influyen en la evolución ni el pronóstico de la enfermedad, sino que conforma un apoyo continuo para el paciente y su familia mientras dura la enfermedad. **(OMS A. , 2014)**

Según el Anuario de Estadísticas Vitales: nacimientos y defunciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos **((INEC), 2015),** de manera general en caso de la defunciones se registran 64.790 muertes, de los cuales 35.577 hombres y 29.213 mujeres.

((INEC), 2015) Las principales causas de muerte en la provincia Bolívar, durante el año 2014 son: tumor maligno de Mening, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central total (1) linfoma no Hogking total (8) Mieloma múltiple y tumores malignos de célula plasmáticas total (2) leucemia total (21) resto de tumores malignos total (21) resto de tumores total (8) enfermedades endocrinas, matronales, metabólicas total (40) enfermedades del sistema nervioso total (15) enfermedades del sistema circulatorio total (217) enfermedades del sistema respiratorio, (87) y causas externas de mortalidad total (126).

Según los datos obtenidos de la tabulación de pacientes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro entre el años 2016 y 2017 se ha encontrado un total de 504

casos atendidos con enfermedades crónico degenerativas, quienes se encuentran en una edad promedio de 60 años es decir que son personas adultas mayores, pertenecientes al grupo vulnerable. En el hospital Alfredo Noboa Montenegro hemos valorado a 96 casos los cuales nos facilitaron información válida para el desarrollo del presente trabajo.

Con lo expuesto hemos realizado un proceso de atención de enfermería según el enfoque capacidades, a fin de que se pueda brindar una atención humanizada, holística e interdisciplinaria; para llegar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales procurando una vida plena, hasta permitir la muerte digna del ser humano, aporte que nos involucra como investigadoras de este trabajo dirigido al personal profesional de enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Sobre la teoría del enfoque de capacidades surge en el ámbito del desarrollo humano, proporcionando un marco normativo ideal para evaluar el alcance del bienestar individual y para el desarrollo de la naturaleza humana. Las acciones emprendidas, en los enfermos en fase terminal, fueron determinadas por el estado general del paciente, la calidad de vida y el pronóstico, teniendo en cuenta la filosofía que imparten los cuidados paliativos, por lo que nuestra meta no puede ser la de curar, entonces será la de cuidar a una persona, proporcionándole el máximo nivel de confort" desde una perspectiva del enfoque de capacidades**, (CPSEC, 2018)**

Las 10 capacidades definidas por **(Nussbaum, 1997)** fueron tomadas para la elaboración del proceso de enfermería que servirá para realizar intervenciones de manera oportuna y adecuada, contribuyendo al bienestar individual y familiar, otorgando cuidados hacia la muerte digna.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

No podemos huir de la muerte, el morir forma parte de la vida, la última etapa de la vida se ve empañada cuando se presenta una enfermedad con pronóstico de vida limitado donde ya no hay curación, lo que genera un intenso sufrimiento en el paciente, sus familias y en los profesionales de salud que brinda cuidado **((FECUPAL), 2014)**

Los cuidados paliativos no difieren en su filosofía, si sufre una enfermedad avanzada con pronóstico de vida limitado, en el estado económico, en el género, en su clase social, o solo enfocarse en el cáncer, en el cuidado paliativo el objetivo principal es mejorar la calidad de vida y la prevención del sufrimiento, aunque se ha descrito a la medicina paliativa como una medicina "de poca tecnología y mucho contacto humano", esta no se opone a la tecnología médica; de lo que intenta es asegurar que el cuidado del paciente se base en el amor, y no la ciencia con debida atención a las necesidades de un enfermo individual y de su familia.

La organización mundial de la salud (**OMS)** ha definido a los cuidados paliativos como la atención medica enfocada a pacientes con enfermedades terminales y progresivas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia por medio de un tratamiento sintomático, psicológico y algunos casos espirituales. Los cuidados paliativos no influyen en la evolución ni el pronóstico de la enfermedad, sino que conforma un apoyo continuo para el paciente y su familia mientras dura la enfermedad **(OMS, 2017)**

Un aspecto relacionado es el incremento en el envejecimiento de la población, considerando que dentro de la provincia Bolívar según el censo realizado en el

año 2010 por el INEC determino 23. 795 personas entre los 60 y 95 años, siendo el porcentaje más de adultos mayores que son jefes de hogar, con enfermedades crónico degenerativas en etapa progresiva y avanzada.

El perfil epidemiológico que se atiende en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, denota enfermedades crónicas degenerativas y catastróficas que se presentan con más frecuencia en adultos mayores como principales problemas de salud. Las patologías existentes son susceptibles a complicaciones por lo que necesitan de tratamientos preventivos, aplicando acciones de atención primaria en salud como prioridad, se complementa con el debido tratamiento.

Esta casa de salud no cuenta con un proceso de atención en enfermería, según el enfoque de capacidades, dirigido al cuidado paliativo. El modelo de atención de enfermería que se utiliza está basada para todas las patologías en general, limitando una atención humanizada e integral **(CPSEC, 2018).**

Los resultados de la investigación nos permiten fortalecer el proceso de atención de enfermería, según el enfoque de capacidades ya que permite que ejecuten acciones de cuidado paliativo adecuadas, para que en los años venideros sea una política institucional, sujeta a evaluación y perfeccionamiento constante, contribuyendo a que sea uno de los primeros hospitales dentro de la provincia que cuente con un atención adecuado para el cuidado paliativo. **(CPSEC, 2018)**

1.2 Formulación del problema

¿CÓMO INFLUYE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS, SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA 2016 – 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Aplicar el proceso de atención de enfermería según el enfoque de capacidades hacia el cuidado paliativo.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y que sufren de enfermedades con pronóstico de vida limitado.

- Establecer planes de cuidado según el enfoque de capacidades que se centre en el cuidado paliativo en pacientes adultos mayores.

- Socializar los resultados obtenidos con el nuevo proceso de enfermería según el enfoque de capacidades.

1.4. Justificación

En este trabajo investigativo destacamos la importancia que tenemos como profesionales de enfermería, para prestar un cuidado activo a los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, como es el caso del grupo prioritario que hemos escogido, nos referimos a quienes padecen de enfermedades crónico degenerativas, permitiéndonos cubrir las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Con nuestra investigación contribuiremos en el mejoramiento de la calidad de atención en cuidado paliativo, mediante la elaboración de un proceso de atención de enfermería basado en el enfoque de capacidades , que establece un cuidado paliativo adecuado y adaptado a las necedades que demandan estos pacientes y en el aprovechamiento de las capacidades como oportunidades que le permitan mejorar la calidad de vida.

Este proceso permite impulsar al personal de enfermería a la investigación, al avance en la excelencia profesional de nuevos y mejores cuidados asistenciales y que permitan adaptarse en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades, ya que ha sido concebido de numerosos conocimientos que incluyen ciencia- humanidad y en nuestro caso, según el enfoque de capacidades, la necesidad de aplicar esté enfoque surge en el ámbito del desarrollo humano proporcionando un marco normativo ideal para verificar el alcance del bienestar individual, que implica que una persona sea consiente de sí mismo, autónomo, capaz de reconocer y respetar la condición del ser humano sin importar su procedencia, clases social, edad o su origen étnico, y que logre tomar decisiones no solo pensando en su bienestar social, sino también en las oportunidades con respecto al conocimiento, aptitudes y destrezas que cada ser humano es capaz de desempeñar.

La importancia del trabajo de investigación es la aplicación de cuidados de forma coordinada para brindar atención médica y de enfermería documentando la información pertinente como registro de la actividad enfermera-paciente y

paciente-enfermera, entendiendo la transversalidad como un registro de atención con calidad y calidez.

Por lo que nuestro aporte científico es implementar un proceso de atención de enfermería, basada en el enfoque de capacidades dirigida a los pacientes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, a fin de mejorar la calidad de atención brindando un tratamiento farmacológico y los protocolos paliativos que están en vigencia según el acuerdo ministerial No. 00000101, que se dispuso, en el Marco de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque integral que contribuyan a garantizar los derechos de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento y a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, incluyendo a los familiares, cuando sea necesario **(REGISTRO OFICIAL Nº 429... , s.f.).**

El aporte que brindamos en el desarrollo de esta investigación, es hace factible por ser un tema de vital importancia y de mucho interés debido al incremento de enfermedades crónico degenerativas en nuestra población, de la ciudad de Guaranda y la provincia, para formar conciencia en los individuos y contribuir a la sociedad de manera eficaz para solución de esta problemática.

1.5 Limitaciones

- Limitada información teórica sobre el enfoque de capacidades

- Limitada colaboración y desinterés por parte del personal profesional de enfermería.

- Limitaciones en el cambio de tutor

- Existió gran limitación de tiempo debido a los filtros y trámites legales que nos tocó cumplir para llevar a cabo un trabajo que cumpla con todas las garantías exigidas por la institución.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Los cuidados paliativos tienen su origen en Londres en el año 1967 con la creación de la función *ST. CRISTOPHERR'R HOSPICE,* donde se demostró que la asistencia activa y continua de los síntomas, la información de la enfermedad y el sostén emocional tanto psicológico como espiritual logra mejorar la calidad de vida de los enfermos con pronóstico limitado. **(Zurita., 2015)**

(Zurita., 2015) En Latinoamérica la evolución de los cuidados paliativos ha sido lenta debido a la baja disponibilidad de recursos y el costo elevado de los equipos, el personal especializado, los insumos y los medicamentos, cabe señalar que solo del 5% al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados, llegar a tener la oportunidad de ser atendidos, mientras que más del 50% de pacientes no acceden debido a los altos contos del servicio y la medicación. (CPSEC, 2018)**.**

El interés del cuidado de este tipo ha aumentado en los profesionales de la salud, lo que ha permitido que crezca más las oportunidades de aprendizaje, sin embargo el 15% de profesionales han sido formados en este tema. Los recursos y la experiencia en la investigación son limitados **(EL COMERCIO, 2015)**

Según datos tomados del Diario El Comercio, En el Ecuador, los cuidados paliativos todavía no se conocen de formas masivas, hay esfuerzos locales que no están enlazados en programas o redes de servicio nacionales. En febrero del 2011 se emitió un acuerdo ministerial en el que reconoce su importancia y se propuso la creación de unidades específicas en los centros públicos. Aún están el proceso. **(EL COMERCIO, 2015)**

El paciente terminal no es un paciente como los demás, estos pacientes emprendieron un camino cuyo éxito es aprender a vivir con la enfermedad a medida que pasa el tiempo con serenidad, dignidad y sobre llevando el sufrimientos, las dificultades físicos emocionales y psicológicos.

Para lo cual es necesario asegurar intervenciones paliativas adecuadas con un correcto enfoque de capacidades brindadas por el personal profesional de enfermería dejando al paciente la libertad de elegir como y donde vivir los últimos momentos de su propia vida.

El enfermo tiene el derecho de vivir en su propia casa, pero cuando esto no es posible, deberá contar con una infraestructura como el hospital, en donde dispondrá de todo cuidado y confort.

El modelo de cuidado paliativo según el enfoque de capacidades busca mejorar la calidad de vida, su cuerpo, su salud, la atención al paciente y a la familia, desde el comienzo del diagnóstico de la enfermedad hasta la muerte y el duelo de los familiares **(CPSEC, 2018).**

En la provincia Bolívar cantón Guaranda el total de muertes oncológicas y defunciones que han tenido que ver con el dolor es de 315 según la tabla de la OMS, dentro de nuestro cantón no existes un centro especializado de este tipo de cuidados, ni el talento humano necesario que brinde este tipo de servicio. **(OMS, 2017)**

Luego de visita al Hospice "San Camilo" de la ciudad de Quito se concluye que el Ecuador contamos con centros de atención de cuidados paliativos, financiados por la empresa privada, y fundaciones intencionales y los aportes económicos de los familiares de los pacientes, mientras que en los hospitales públicos donde están la mayoría de este tipo de pacientes, no contamos con los insumos necesarios, profesionales con limitados conocimientos, ni los medicamente indispensable para una atención digna**. (CPSEC, 2018)**

Teniendo en cuanta que la salud es un derecho constitucional de todas las personas en sus diferentes etapas de vida, garantizando el disfrute más alto de su salud física y mental hemos visto la necesidad de implementar un proceso de atención de enfermería según el enfoque de capacidades hacia el cuidado

paliativo que pueda garantizar el completo bienestar del paciente adulto mayor y brindar un servicio de calidad y calidez, accesible y aceptable para los pacientes que acuden a esta institución de salud.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Cuidados Paliativos.

La **OMS** define el cuidado paliativo como "el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. El control del dolor y otros síntomas, el cuidado de los problemas de orden psicológico, social y espiritual son los más importantes. El objetivo del cuidado paliativo es brindar la mejor calidad de vida posible a los pacientes y a sus familias"

(Paliativos, s.f.) El término <<Paliativo>> se deriva del latín pallium, el cual significa mascara, manto o cubierta. Esta etiología refleja lo que los cuidados paliativos pretenden: enmascarar, aliviar, mitigar, suavizar los efectos de las enfermedades incurables o <<arropar>> a quien lo necesita, porque los tratamientos curativos ya no le pueden ayudar

El término paliativo implica un enfoque holístico que no solo considera el nivel físico, sino las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales del paciente

(Redaelli, HOSPICE , 2012) Hace referencia a la OMS quien refiere a los principios fundamentales según de los cuidados paliativos, entre ellos anotamos a los siguientes:

- Aliviar el dolor y otros síntomas,
- Privilegian la vida, y contemplan a la muerte como un proceso natural;
- No intentan precipitar ni retrasar el momento de su muerte;
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al enfermo
- Ofrecen al enfermo un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte;
- Ofrecen a la familia un soporte que le ayude a encarar el sufrimiento del enfermo y de su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuera necesario;

- Se pueden aplicar en un estadio precoz sobre el curso de la enfermedad; paralelamente a otras terapias.

2.2.1.1 Características

La definición del enfermo terminal tiene que cumplir una serie de características:

- Presencia de un enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidad a razonables de respuesta al tratamiento especifico
- Presencia de numerosos problemas, síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia explicita o no de la muerte.
- Pronostico de vida inferior a 6 meses. **(Rodriguez, 2006)**

2.2.1.2 Objetivos de los cuidados paliativos

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

2.2.1.3 Patologías que requieren cuidados paliativos

- **Patologías no neoplásicas, como las crónicas, progresivas e infecciosas:**

- V.I.H. en fase final.
- Insuficiencia Respiratoria Crónica.
- Insuficiencia Cardiaca en fase terminal.

- Cirrosis Hepática.
- Insuficiencia Renal Crónica.

- **Patologías Neurológicas Degenerativas:**

- La Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Esclerosis en Placas.
- Demencias.

"Este conjunto de enfermos presenta sintomatología física avanzada, alteraciones psicológicas y sociales, precisan apoyo espiritual. Sus familias precisan apoyo social, psicológico y espiritual en numerosas ocasiones.

Los profesionales de enfermería tienen que estar preparados para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano en los difíciles momentos en los que se convierte en un paciente terminal y todo el proceso que sigue hasta la muerte.

El sufrimiento que este proceso conlleva, no es un síntoma ni un diagnóstico, sino una experiencia humana tremendamente compleja, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para el control de los síntomas (administrando tratamiento médico), sino también para poder verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene.

Es imprescindible el abordar las necesidades del paciente desde un punto de vista no solo integral sino considerando al paciente único, es decir individualizando el tratamiento para obtener el mayor bienestar y confort, todo esto requiere humanización, empatía, y dedicación.

Los cuidados de enfermería deben ser realizados a través de una atención donde estén perfectamente intrincadas la labor hospitalaria como la labor domiciliaria, para que el paciente pueda disfrutar en su entorno fuera del encorsetamiento administrativo y deshumanización hospitalari**" (Rodriguez, 2006)**

2.2.2 Rol de enfermería en cuidados paliativos.

2.2.2.1 Valoración inicial.

(Rodriguez, 2006)"La asistencia de los pacientes con enfermedad terminal se inicia al identificar el origen y grado de malestar que presentan, se detectan problemas y necesidades reales y potenciales, en las áreas: física, Psico-emocional, social, espiritual. Se deben explorar las estrategias de afrontamiento y recursos propios en el paciente y su familia. Se preguntará al paciente que es lo que más le preocupa en ese momento y se utilizará la respuesta para planificar y establecer prioridades en la atención, según necesidades.Fuente especificada no válida. **(Quinche, 2011)**

2.2.2.2 Diagnóstico de Enfermería.

Consiste en detectar el grado de alteración del bienestar, en relación con el impacto del proceso de la enfermedad terminal. Se elabora un diagnóstico de la situación real del paciente y se definen objetivos.

Un objetivo general consiste en aliviar el sufrimiento ayudando al paciente a lograr una mejor calidad de vida, en función de sus actitudes, forma de vida y deseos.

2.2.2.3 Planificación de los cuidados.

Se determinan las acciones a implementar respondiendo a los objetivos planteados. Implica la participación de todo el recurso humano, incluida la familia, cuidadores principales en el domicilio.

2.2.2.4 Ejecución.

Se proveen los cuidados que ayuden a satisfacer las necesidades del paciente y familia, y así lograr los objetivos propuestos a través de un plan de acción individualizado. Se debe garantizar continuidad en la atención independientemente del lugar en que permanezca el paciente, ya sea el hospital o el domicilio.

2.2.2.5 Evaluación final.

La unidad de tratamiento es el paciente y la familia por lo cual el proceso evaluativo incluye a ambos y en una visión global. Las respuestas satisfactorias hacia las intervenciones del equipo se ponen de manifiesto a través de un proceso de muerte digno, y en el lugar y la forma que el paciente haya elegido. Es necesario realizar reevaluaciones continuas, ya que se trata de un paciente plurisintomático, multicambiante" **(Rodriguez, 2006).**

2.2.3 Aspectos tomados en cuenta para cuidados paliativos.

2.2.3.1 Cuidados de alivio del dolor.

"La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz" **(MJunín, 2006)**

"El dolor es una sensación desagradable, enteramente subjetiva. Los receptores específicos del dolor proyectan los impulsos por las vías neurales hacia el cerebro" (MJunín, 2006)

2.2.3.2 Actividades de enfermería.

- ✓ Valorar el dolor del paciente: si se identifican las características del dolor, se podrán determinar las medidas más adecuadas para aliviarlo, es necesario hacer una valoración extensa del dolor tanto en cantidad como en cualidad como en la relación existente con factores psicológicos y sociales, e incluso medioambientales.

- ✓ No juzgar el dolor que el paciente dice tener: McCaffrey define el dolor como "lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser", siempre creer al enfermo.
- ✓ Administrar el analgésico prescrito por él médico, que se hará a horas fijas.

- ✓ Verificar que el paciente tome la medicación correctamente, por ejemplo, los comprimidos de sulfato de morfina
- ✓ Utilización de la vía adecuada para el fármaco, en cuidados paliativos la vía de elección es la vía oral, seguida de la vía subcutánea y solamente utilizar en casos excepcionales la vía intravenosa; no se utilizará por tanto vías dolorosas como puede ser la intramuscular o invasivas como la vía espinal.
- ✓ Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor.
- ✓ Ayudar a colocar al paciente cómodamente, sin tensiones musculares.
- ✓ Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso: ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión, etc. Pero tener en cuenta que aunque estos síntomas estén controlados no significa que no aparezca el dolor.
- ✓ Valorar el dolor a través de escalas cualitativas o cuantitativas.
- ✓ Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.

Escala del dolor	
Ausencia	0
Dolor leve	1
Incomodidad	2
Perturbador	3
Dolor terrible	4
Dolor atroz	5
Tomado: Long. Enfermería Médico Quirúrgico.	

2.2.3.3 Pautas de la farmacoterapia analgésica.

"Todos los enfoques no farmacológicos se aplican a todos los dolores de cualquier origen, físico o psíquico y deberían ser parte integral de toda intervención orientada a controlar en dolor. No obstante el planeamiento óptimo de manejo del dolor, en pacientes terminales incluye farmacoterapia casi siempre con los medicamentos analgésicos como piedra angular del tratamiento." **(Long, 2004)**

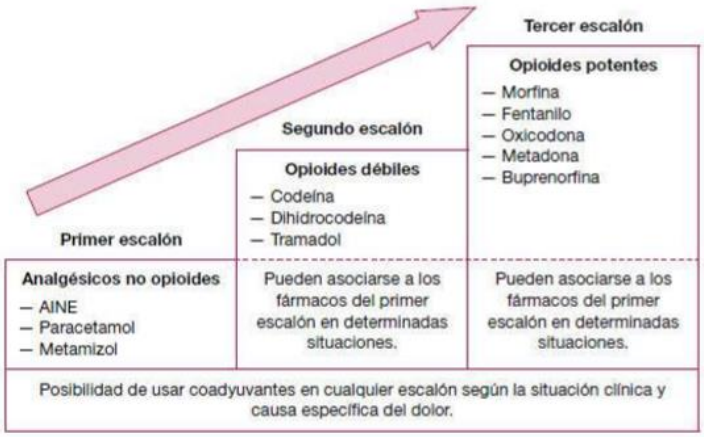
El uso correcto de los analgésicos, capaz de aliviar el dolor se presenta en 4 conceptos:

1. Por peldaños
2. Por reloj
3. Por la vía adecuada
4. Para cada paciente

- **Por peldaños**

Escalera analgésica para el control del dolor según la OMS

"La guía de la OMS para el tratamiento del dolor, recomienda una pauta escalonada de tratamiento, según la intensidad" **(Fonseca, 2010)**



Fonseca L. Manejo del dolor. Colombia, 2010

- **Por reloj**

Se debe administrar a las horas fijas, es decir por el reloj y no dependencia, según sea necesario a menos que los episodios del dolor sean verdaderamente intermitentes e imprevisibles. El intervalo entre dosis se debe determinar en función de la intensidad del dolor y de la duración del efecto de cada medicamento.

- **Por la vía adecuada**

Los medicamentos deben ser administrados por la vía más sencilla, más efectiva y menos dolorosa. Los analgésicos se suelen dar por vía oral. También puede estar indicada vía intravenosa, subcutánea y transdérmica. En general la inyección intramuscular solo se emplea en caso de absoluta necesidad; es dolorosa.

- **Para cada paciente**

Toda medicación se debe dosificar según las circunstancias del paciente, no hay una dosis única que sea propia para cada paciente. Lo deseable es que el paciente no tenga dolor antes del momento en que haya que administrar la dosis siguiente. **(MJunín, 2006)**

2.2.3.4 Cuidados de la Higiene.

"La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento. La higiene implica el cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidad oral y nasal, ojos, oídos y zonas perianal y genital" **(Kozzier, 1999)**

Los pacientes pueden necesitar ayuda para llevar a cabo muchas de las actividades higiénicas.

- **Baño**: el baño elimina la grasa acumulada, las células muertas y algunas bacterias. El baño también produce una sensación de bienestar, es refrescante y relajante y con frecuencia levanta el ánimo y mejora el aspecto y el amor propio. En general a los pacientes se les proporciona dos tipos de baño:
- **Baño completo en cama:** la enfermera lava en la cama el cuerpo completo del paciente dependiente.

- **Baño de ducha:** los pacientes pueden caminar, utilizan la ducha y necesitan una ayuda mínima del profesional de enfermería".Fuente especificada no válida.

Actividades de enfermería

- Preparar al paciente y el entorno.
- Cierre ventanas y puertas para asegurarse que no entren corrientes de aire.
- Proporcione intimidad.
- Para el baño en cama
- Coloque la cama en posición adecuada y retire la ropa de cama y sustitúyalas por una sábana de baño.
- Quite la pijama
- Hacer una manopla de baño con una toalla pequeña
- Lave la cara (ojos, oídos, cuello)
- Lave los brazos y las manos desde la zona distal hacia la proximal (énfasis en las axilas).
- Lavar el tórax y abdomen, prestando atención en los pliegues debajo de las mamas y el ombligo.
- Lavar las piernas y los pies: emplee pasadas largas, uniformes y firmes, desde la zona distal a la proximal, estimula el flujo venoso.
- Lave los pies sumergiéndolos en la palangana con agua.
- Lavar la espalda y luego el perineo.
- Ayude al paciente con los complementos de aseo, polvo, loción, desodorante.

Para el baño de ducha

- Coloque una alfombrilla en la entrada de la bañera, para evitar resbalones.
- No dejar solo al paciente.
- Ayudar al paciente con el lavado y salida de la bañera.
- Secar al paciente y ayudarle a proseguir su aseo.

"Cuidados de la boca: una buena higiene bucal incluye la estimulación diaria de las encías, el cepillado, enjuague de la boca. Al igual que los dientes naturales, las dentaduras postizas acumulan microorganismos y restos de alimentos. Estos tienen que ser limpiados con regularidad, al menos una vez al día".Fuente especificada no válida. **(Kozzier, 1999)**

Actividades de enfermería

- "Valorar el estado de a boca diariamente.
- Lavar los dientes o por lo menos dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves, para evitar lesiones.
- Retirar la dentadura postiza en la noche, colocarla en un recipiente con agua.
- Enjaguar la boca con agua de manzanilla.
- Para aumentar la salivación y la humedad de la mucosa oral: dar fruta fresca". **(Kozzier, 1999)**

2.2.3.5 Cuidados de la alimentación.

(GómezM, 2009) **"**La alimentación es un símbolo de salud y actividad. En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y/o familiares refieran problemas relacionados con ésta.

La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de repleción precoz, constipación, trastorno del gusto, odinofagia, problemas obstructivos del tracto digestivo alto (disfagia) o bajo (suboclusiones) o infecciones orofaríngeas hace que con frecuencia tengamos que adaptar la dieta"

Actividades de enfermería

- Deben comentarse, siempre delicadamente, con el enfermo y sus familiares los aspectos específicos referidos a la alimentación; la educación de la familia y la adecuación a los gustos individuales previos del enfermo son fundamentales.
- Como normas generales, y teniendo en cuenta la anorexia, la debilidad y la sensación de repleción gástrica precoz, es recomendable fraccionar

la dieta en 6-7 tomas y flexibilizar mucho los horarios según el deseo del enfermo.

- Las dietas semiblandas o blandas suelen ser mejor toleradas.
- La cantidad de cada ingesta debe adaptarse al enfermo, sin presiones para una ingesta mayor, que inducen más sensación de fracaso.
- En cuanto a la composición, creemos que no debemos insistir en nutriciones hipercalóricas o hiperproteicas, que no tienen mucho sentido en esta situación, ni tampoco en las dietas específicas ricas en fibras para la prevención y tratamiento del estreñimiento (porque deben tomarse en cantidades importantes que los enfermos no toleran, y porque disponemos de tratamientos específicos más eficaces).
- La presentación de la dieta y la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida son aspectos importantes y frecuentemente olvidados para mejorar la tolerancia.
- En la situación de enfermedad terminal, el uso de sonda nasogástrica u otras formas intervencionistas debe quedar restringido a la presencia de problemas obstructivos altos (orofaringe, esófago) que originan disfagia u odinofagia.
- El uso de suplementos nutricionales sigue siendo muy controvertido pueden disminuir el apetito de las comidas regulares y si se usan durante mucho tiempo, terminan por aburrir al enfermo.

2.2.3.6 Cuidados de la piel

(GómezM, 2009)"La piel es el órgano más extenso del cuerpo, cumple con funciones importantes.

"La valoración de la piel del paciente incluyen: prácticas de cuidado de la piel, capacidades del autocuidado y problemas cutáneos pasados y presentes, valoración física de la piel y la identificación de pacientes con alto riesgo de presentar problemas cutáneos".

"Las acciones a emprender, en los enfermos en fase terminal, vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y

pronostico, siempre teniendo en cuenta la filosofía que imparten los cuidados paliativos, por lo que si nuestra meta no puede ser la de curar una ulcera de decúbito o un tumor ulcerado que tiene un paciente, entonces será la de cuidar a una persona que tiene una ulcera o tumor ulcerado, ahorrándole todas las molestias posibles y proporcionándole el máximo de confort". (**Rodríguez C 2006).**

(Kozzier, 1999) Las ulceras de presión es cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente. Afecta severamente la calidad de vida del enfermo, ocasionando dolor y malestar que, en determinados momentos, hacen necesaria una analgesia adecuada.

- **Cuidados de enfermería en las úlceras de primer grado (afectación de la epidermis)**
- ✓ Eliminar presiones en zonas de riesgo
- ✓ Lavar con agua y jabón sin frotar.
- ✓ Hidratar con masaje
- **Cuidados de enfermería en las úlceras de segundo grado (afectación de epidermis, dermis y tejido subcutáneo)**
- ✓ Limpiar con suero salino
- ✓ Desinfección de la zona si procede
- ✓ Colocar apósito si no existe infección
- **Cuidados de enfermería en las úlceras por decúbito de tercer y cuarto grado**
- ✓ Desprender tejido necrosado
- ✓ Limpiar con suero salino no con demasiada presión.

2.2.3.7 Cuidados para la eliminación.

- **Cuidados para la eliminación vesical**

Se trata de los siguientes síntomas urinarios; reducción de la producción de orina, vaciamiento incompleto, retención urinaria, incontinencia urinaria y hematuria.

- **Reducción de la producción de orina**

La deshidratación es la causa más frecuente de la disminución de la producción de orina. La pérdida importante de líquidos con hipotensión provoca hipo perfusión renal con reducción incluso de la producción de orina. Una nefropatía también puede reducir la producción de orina, aunque en algunos casos iniciales puede aumentar la diuresis. La obstrucción de los uréteres también se presenta con reducción de la diuresis o anuria, sobre todo si esta obstruido ambos uréteres.

- **Vaciamiento miccional y retención ordinaria**

Las causas de vaciamiento miccional y de retención urinaria son similares y abarca trastornos orgánicos e impedimentos físicos, disfunción vesical y obstrucción de la salida vesical.

La disfunción vesical puede ser resultado de una lesión estructural, lesión de aferencias neurales o inhibición neural por fármacos sobre todo anticolinérgicos. **(Kozzier, 1999)**

Actividades de enfermería

- ✓ Se considera el volumen de orina, concentración, características del chorro.
- ✓ Presencia de sangre la orina.
- ✓ Exploración del abdomen; puede revelar una vejiga distendida, esto sugiere obstrucción uretral especialmente en varones ancianos.
- ✓ Cateterización o sondaje urinario.

- **Incontinencia urinaria**

Se define como la perdida involuntaria y demostrable de la orina en cantidad suficiente para constituir un problema higiénico social.

Cuidados de enfermería

- ✓ Compresas para la incontinencia.
- ✓ Sondaje urinario: la cateterización puede ser continua o intermitente.
- ➢ **Hematuria**

"Debe excluirse la infección urinaria y debe evitarse el régimen medicamentoso para ver si el paciente está tomando anticoagulantes. Si es apropiado, se puede administrar antibiótico en caso de infección urinaria. La mayor parte de las veces la hematuria es leve y no requiere tratamiento." **(OMS, 1996; 108-117).**

2.2.3.8 Cuidados para la eliminación intestinal.

Alteraciones del ritmo intestinal: diarrea "La diarrea puede ser definida en los ancianos de tres maneras: aumento de la frecuencia de las evacuaciones, presencia de heces acuosas o muy blandas, urgencia al defecar" **(OPS, 2003)**

Leincomoda mucho al paciente, tanto física como psicológicamente (sienten vergüenza por ello). El equipo de enfermería debe ser compresivo con este problema, sobre todo en los pacientes de mayor edad, a quien a veces se le regaña por no avisar a tiempo.

Actividades de enfermería

- ✓ "Aplicación del tratamiento médico, que variara según la etiología de la diarrea y en el paciente terminal suele ser con Loperamida o Codeína, Dihidrocodeina, sulfato de Morfina.
- ✓ Realizar la higiene perianal lo antes posible después de cada evacuación.
- ✓ No usar productos irritantes en el aseo.
- ✓ Secar cuidadosamente la piel.
- ✓ Colocar en la cama empapadores, cambiándolos siempre que sea necesario.
- ✓ En enfermos inconscientes, revisar periódicamente el pañal o empapador.
- ✓ Aumentar ingesta de líquidos, si el estado general del paciente lo permite.

- ✓ Prevenir maceración de la piel perianal aplicando pomadas protectoras de óxido de zinc y almidón o similares (siempre que la piel no tenga problemas de continuidad o infección micótica), no aplicar en periné y en los genitales". **(Rodríguez C 2006).**

Estreñimiento

"Consiste en la reducción de la frecuencia de la defecación y/o para vaciar bien el recto. Las heces suelen ser duras, la defecación es dolorosa y requiere esfuerzo. A menudo el paciente se queja de una sensación de plenitud abdominal y puede presentar cólicos intestinales". **(OMS, 1996; 25).**

"Es sin duda un síntoma de los más molestos y que más incomodidades causa en el paciente. Puede ser secundario a la administración de opiáceos,al cáncer (localización del tumor, ovilidad disminuida, ingesta escasa, debilidad, deshidratación, hipercalcemia, dolor)". **(Rodriguez, 2006)**

Cuidados de enfermería

- ✓ Valorar hábitos de defecación y consistencia de las heces.
- ✓ Favorecer la ingesta de líquidos si las condiciones del paciente los permiten.
- ✓ Aumentar el aporte de fibra si no hay riesgo de oclusión ó suboclusión intestinal, y según el estado general del paciente.
- ✓ Atender lo antes posible el reflejo de eliminación.
- ✓ Proporcionar intimidad al paciente encamado.

2.2.3.9 Apoyo psicológico a paciente y familia.

(Pilar Barreto, 1990)"Un número considerable de ancianos son víctimas de enfermedades incurables que implican un notable grado de sufrimiento de todo tipo, en las semanas que preceden a la muerte"

"El enfoque terapéutico paliativo supone una respuesta alternativa, plenamente válida para los enfermos terminales. Para trabajar convenientemente con el enfermo y su familia en el proceso del final de la vida, los profesionales deben tener en cuenta la importancia que tiene una sincera, abierta y fluida

comunicación basada en la confianza mutua, profesionalidad, empatía y comprensión.

El apoyo a la familia debe estar presente desde el primer momento, dándoles información de cómo manejar al enfermo y enseñándoles en técnicas concretas. Además, no debemos olvidar que la familia experimenta incertidumbres sobre la trayectoria de la enfermedad, su posible incapacidad para cuidarle y manejar los problemas psicológicos del paciente, particularmente la ansiedad y depresión y para lo que, necesitan sentirse apoyados, comprendidos y escuchados **(WAstudillo, 2010)**

Objetivos del apoyo a la familia

- ✓ Desarrollar la escucha
- ✓ Satisfacer sus necesidades de información
- ✓ Reducir su ansiedad y sentimientos de culpa
- ✓ Clarificar, desde el primer momento unos objetivos comunes.
- ✓ Desarrollar la participación activa en los cuidados del enfermo
- ✓ Enseñar estrategias de cuidado físico y emocional
- ✓ Mejorar su comunicación (la incomunicación con su familia puede generar soledad y aislamiento).
- ✓ Instruirlos en el manejo de emociones propias.
- ✓ Darles apoyo emocional, comprensión y simpatía.
- ✓ Ayudarles a cuidar de sí mismos y reconocer su labor.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones.
- ✓ Mantener la esperanza / Reducir sus temores
- ✓ Acompañarles en el proceso de duelo.

Todo lo que amplía el bienestar del enfermo trascienda para su familia. Como Equipo debemos acercarnos a la familia con sinceridad y sencillez porque nuestra actuación, en cierto sentido, penetrará su intimidad. Los familiares valoraran mejor nuestra actitud de apoyarlos si entienden y acogen nuestra ayuda como una cooperación que reconozca y apoye sus potencialidades. **(WAstudillo, 2010)**

2.2.3.10 Medidas para el confort y la seguridad

"El objetivo fundamental de la enfermería paliativa es conseguir el máximo confort y bienestar del paciente, evitando el sufrimiento y lograr finalmente una muerte digna" **(CarreteroY., 2010)**

"El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

Las medidas para proporcionar descanso y sueño adecuados se dirigen hacia la comodidad física, eliminación de la ansiedad y conseguir un sueño en calidad y cantidad suficiente desde la perspectiva individual" **(Kozier B, 2001)**

Acciones de enfermería

- Comodidad física
- Eliminación de fuentes de irritación física.
- Mantenimiento de las sábanas secas y suaves.
- Utilización de ropa holgada para dormir
- Dar un masaje dorsal de tipo relajante.
- Estimular la evacuación antes de irse a dormir.
- Control de las fuentes de dolor.
- Proporcionar una temperatura adecuada.
- Control de la temperatura de la habitación.
- Ofrecimiento de mantas adicionales.
- Proporcionar un frecuente cuidado de la boca.
- Mantenimiento de la piel limpia y seca.
- Proporcionar una ventilación adecuada.
- Levantar los barandales de la cama. **(Quinche, 2011)**

2.2.4 Enfoque de capacidades.

"La teoría del enfoque de capacidades surge en el ámbito del desarrollo humano proporcionando un marco normativo ideal para evaluar el alcance del bienestar individual y para el desarrollo de la naturaleza humana. Amartya Sen, es un filósofo y economista indio de la etnia bengalí, ganador con el Premio en ciencias Economicas en Alfred Nobel en 1998 es máximo representante del enfoque capacidades quien, a través de este enfoque, del cliente que la pobreza no se puede medir solamente a través indicadores económicos, sino que hay que atender las posibilidades reales que tienen las personas de llevar a cabo un una vida y que tiene razones para ser valorada" (Sen, 2000). "Está en enfoque ha evolucionado hacia otras área, en ellas en el ámbito de la educación". **(Nussbaum, 1997, Saito 2003, Walker, 2006).**

El concepto de capacidad hace referencia a las oportunidades reales que una persona tiene para tomar decisiones informadas, con el fin de garantizarse una vida que tiene razones para valorar. Sen se apoya en el concepto de libertad sustantiva la cual surge en el contexto del desarrollo humano como un marco conceptual desde el que juzgar el bienestar y la calidad de vida de las personas depende de alcanzar sus logros es decir," condiciones de funciones entre las que se puede elegir"Fuente especificada no válida.**(Sen,2010**).

La noción más primitiva de este enfoque se refiere a los "funcionamientos". Estos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer ser al vivir. El enfoque se basa una visión de la vida como la combinación de varios "que quehaceres o seres", en el que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos. **(NUSSBAUM, 2012)**

"Algunos funcionamientos son muy básicos, como estar nutrido adecuadamente, tener buena salud, etc". **(Sen, 2000).** Otros pueden ser más complejos, pero seguir siendo ampliamente apreciados, como alcanzar el auto dignidad o integrarse socialmente. Sin embargo, los individuos pueden diferir mucho entre sin en la ponderación que le dan a los "funcionamientos", por muy

valiosos que puedan ser, y la evaluación de los montajes individuales y sociales debe tener en cuenta estas variaciones.

La otra iniciativa que también incorpora una definición explícita es el proyecto Tuning, llevado a cabo en el año 2000. Para Tuning la competencia consiste en:

"conocer y comprende, saber cómo actuar, saber cómo ser" (Tuning, 2000). "Las competencias representan una combinación de atributos (con respecto al conocimiento y sus aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades) que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlos". (Sen, 2010).

"Cuando se aplica el enfoque de capacidades a la ventaja de una persona, lo que interesa es evaluarla en términos de su habilidad real para el logro funcionamientos valiosos como aspectos constitutivos de su vida". **(Sen, 2000).**

La importancia de la noción de capacidades va al acorde con la dificultad de interpretarla correctamente. Cabe distinguir en la misma tres niveles de análisis: desde una forma primera de concebir la "capacidad" puede lograr el efectivamente algo, hay que pasar a la idea de "capacidad para funcionar", y por último de la noción de "conjunto capacidad", que es el formado por todos los funcionamientos de los que es capaz una persona. Formalmente, la capacidad para funcionar añade a la noción de funcionamiento la posibilidad real de elegir funcionar así o no. No se trata sólo de tener permiso para hacerlo, sino también de disponer de los recursos oportunos y de lo necesario para aprovecharlo.

Recordemos que los seres humanos son diferentes entre sí de muchas maneras. Tenemos circunstancias externas diversas. Comenzamos a vivir con diferentes dotes de riqueza y compromisos heredados. Habitamos en diferentes ambientes naturales, algunos más hostiles que otros. La sociedad y comunidades de las que formamos parte nos ofrece diversas oportunidades de lo que podemos o no podemos hacer.

Los factores epidemiológicos de las regiones donde vivimos pueden, incluso afectar profundamente a nuestra salud y bienestar.

Pero junto a estas diferencias del ambiente natural y social y de las circunstancias externas, también nos diferenciamos por nuestras características personal (edad, sexo, capacidad crítica y mental, etc.), y la son igualmente importantes para evaluar la desigualdad. Por ejemplo, un mismo ingreso igual puede dejar subsistir mucha desigualdad respecto a nuestra capacidad para llevar a cabo lo que valoramos.

Por esta razón la igualdad con respecto a una variable y (por ejemplo ingreso), puede llevarnos a la desigualdad en el ámbito de otra variable (por ejemplo, capacidades funcionamiento o bienestar). Esta cuestión de la elección de un "ámbito o evaluativo" (es decir, la selección de variables sobre las que centrarnos) resulta con social en esta tipo y análisis.

2.2.4.1 El enfoque de capacidades según Martha Nussbaum.

"Martha Nussbaum nacida en Nueva York, en 1947, quien estudio un Doctorado en Derecho y Ética en Harvard, considerada la filósofa del feminismo, sus teorías comprenden conseguir unos principios éticos universales" **(Nussbaum M. , 2015)**

De marco para establecer comparaciones entre diferentes personas o grupos de personas, en función de cómo viven su vida, pasamos a cuáles son las capacidades que las sociedades deberían promover. Nussbaum "el enfoque concibe a cada persona como un fin en sí mismo y no se pregunta solamente por el bienestar total y medio, sino también por las oportunidades disponibles para cada ser humano". (**Nassbaum, 2001).** La responsabilidad que atribuye al estado y a las políticas públicas como facilitadores o posibilitadores del acceso a una serie de libertades reales, dentro de las que las personas son libres de elegir.

Nussbaum cita a Sen cuando hace referencia al papel de la educación que implica que una persona sea "el consciente de sí misma, autónoma, capaz de reconocer y respetar la condición del ser humano y de todos los seres humanos", sin importar su procedencia, su clase social, su origen o su género.

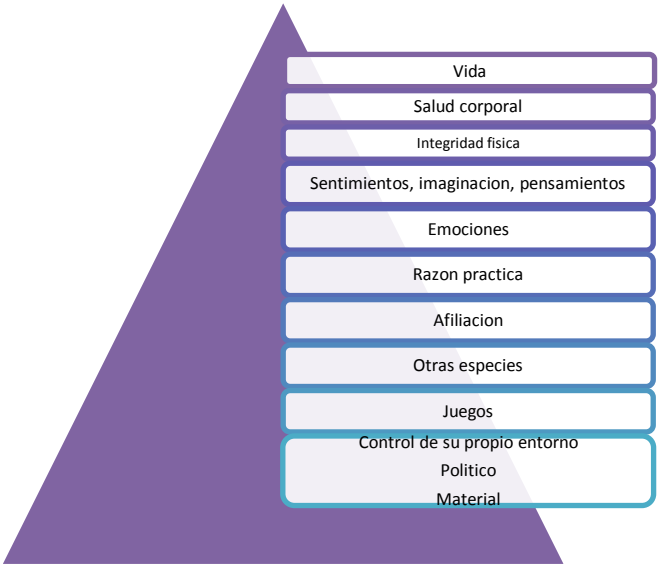
"La autora introduce dos elementos diferenciadores con respecto al enfoque de Sen. En primer lugar, propone el concepto de capacidades combinadas, distinguiendo éstas de las capacidades internas son los "estados de las personas" (rasgos de personalidad, capacidades intelectuales, estado de salud, etc.)".(Nussbaum, 2001). **(Teresa Escrich Gallardo, 2013)**

(Gough, 2007)En segundo lugar, a diferencia de Sen, Nussbaum propone una lista de capacidades cerrada, con diez capacidades que considera fundamental para el ser humano. Para configurar su lista se pregunta a qué es lo que una sociedad, mínimamente justa, se esforzará por apoyar para que los seres humanos desarrollen una capacidad. Cómo se seleccionan las capacidades dependerá del fin perseguido. Las capacidades defendidas por Nussbaum deben considerarse como un mínimo necesario exigible y son la siguiente:

1. **Vida.-** Vivir una vida de duración normal. No morir de forma prematura o antes de que la vida se vea tan consumida que no valga la pena vivirla.
2. **Salud corporal.-** Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.
3. **Integridad física.-** Capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.
4. **Sentimientos, imaginación y pensamiento.-** poder utilizarlos de un modo "verdadera-mente humano". Tener alfabetización y formación matemática y científica básica. Usar la imaginación y el pensamiento para experimentar y producir obras o actos religiosos, musicales o parecidos, según se desee. Usar la mente en condiciones protegidas por las garantías de libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. Es disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.

5. **Emociones.-** Sentir emociones por cosas o personas externas a nosotros o por nosotros mismos. Amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, sentir duelo por ausencia. Poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad.
6. **Razón práctica.-** Reflexionar acerca de la planificación de la propia vida. Poder por formarse una concepción del bien.
7. **Afiliación.-** Poder vivir por y para los demás, disponer de las bases para no sentir humillación y si respeto por sí mismos. Ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. Disponer de las bases sociales necesarias para no sentirnos humillados y sí tomados con respecto por nosotros mismo, que se nos trate con dignidad. Introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.
8. **Otras especies.-** Vivir con animales, plantas y entorno natural de una manera próxima y respetuosa.
9. **Juego.-** Disfrutar de actividades es recreativas.
10. **Control sobre el propio entorno.-** Político y material. Participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y asociación. Poder poseer propiedades y derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas con tener derecho a buscar trabajo en un plan de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a riesgos y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar con seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras. **(García & Mirón, 2013)**

Cuadro 1. Lista de capacidades propuestas por Martha Nussbaum



Fuente: Martha Nussbaum, 2012. Fuente propia.

De ellas, Nussbaum identifica dos, razón práctica y afiliación como de especial al significado, ya que "las dos organizan y se difunden hacia los demás, haciendo que su búsqueda sea verdaderamente humana". Más adelante parecía añadir un tercer elemento de importancia primordial, la integridad física. Aunque algunas de las entradas en la lista son atemporales, ésta está concernirá para el mundo moderno: "los alfabetismos es una especialización concreta de una capacidad más general para el mundo moderno". Nussbaum también subraya que "es categóricamente una lista de componentes separados. No podemos satisfacer la necesidad de uno de ellos y no una mayor cantidad de otro. Todos son fundamentalmente importantes y todos tienen calidades distintas".

Nussbaum denomina su enfoque como neoaristotélico. Siguiendo su método en la ética nicomaquea, idéntica "esferas de experiencia humana que consta en casi cualquier vida humana, en las que más o menos cualquier ser humano tendrá que tomar algunas decisiones y hacer unas elecciones y no otras", habiendo virtudes correspondientes para cada uno de ellas. Esto genera una lista relativamente variable de 10 a 11 esferas de experiencia. Su enfoque identifica "una idea central del ser humano como un ser libre y digno que forma su propia vida en cooperación y recíprocamente con otros… Una vida

que es realmente humana es la que está formada en su conjunto por poderes humanos de razón práctica y sociabilidad". Esta perspectiva genera un concepto más rico de bienestar en comparación de Sen.

2.2.4.2 La arquitectura teórica del enfoque de capacidades.

La vida una persona puede definirse como un conjunto de quehaceres y seres a los cuales Sen, denomina "funcionamientos". Los funcionamientos se refieren aquellas cosas que las personas logran ser o hacer al vivir, y que varían desde aspectos tan básicos como alimentarse y estar libre de enfermedades, hasta los más complejos como el respetado por sí mismos, la participación en la vida de la comunidad, la preservación de la dignidad humana, entre otros. El conjunto de funcionamientos (denominado de "vector del funcionamiento") es el que indica el modo de vida en el que una persona se encuentra.

La noción de capacidades se refiere a la posibilidad que tienen las personas para lograr funcionamientos valiosos en la vida y, por lo tanto, constituyen un aspecto fundamental de la libertad que tiene una persona para llevar una determinada clase de vida. Desde este enfoque, la calidad de vida no se reduce al nivel de ingreso o de recursos, ni tampoco a la consecución del placer y la felicidad, si no destaca la capacidad de los individuos para lograr funcionamientos, valiosos es decir, las posibilidades de que dispone una persona para elegir el tipo de vida que le resulte valioso para vivir.

Finalmente, la noción de agencia se refiere a la libertad que tienen las personas para definir los propios metas, valores y objetivos, para tomar decisiones y elegir por sí mismas las características básicas de la vida que tiene razones para valorar, aun cuando estás pueda ir en contravía de su propio bienestar.

Este tipo de conceptuales (funcionamientos, capacidades y agencia) constituyen una plataforma epistémica y ética que permite trascender la concepción teológica del bienestar para tratar la atención es la libertad que tienen las personas para alcanzar funcionamientos valiosos, en estrecha relación con la noción ética de la vida buena.

2.2.4.3 El enfoque de la capacidad y la concepción de "salud".

(Restrepo-Ochoa, 2013)Todo análisis ético en el campo de la salud se encuentra estrechamente relacionado con la concepción de salud a la que se haga referencia, de tal modo que la explicitación de dichas concepciones en una tarea impostergable como condición previa a cualquier pronunciamiento ético en torno a la salud.

El enfoque de las capacidades no contempla una concepción particular de la salud, pues dicho enfoque es una base fisiológica para pensar en el desarrollo humano y no una teoría específica para explicar fenómenos sociales particulares. En consecuencia, se hace necesario la fundamentación de una concepción de "salud positiva", coherente con las categorías analíticas del enfoque de capacidades que pueda diferenciarse de la concepción de "salud negativa", característica del modelo biomédico – asistencialista.

¿Aunque se refiere esta concepción de salud positiva? En términos generales, la salud positiva es aquella que se define a partir de lo que se tiene, específicamente, de las capacidades de las personas para llevar una vida buena, en contraste con la idea de "salud negativa", en la cual se define a partir de lo que no se tiene, es decir, de la ausencia de enfermedad.

La concepción convencional de la salud pública, fundamentada en una concepción negativa de la salud, han constituido un campo que Granda denomina "enfermología pública" sustentado en tres premisas básicas: el presupuesto fisiológico teórico de la enfermedad y la salud, el método positivista para explicación de los riesgos y del estructural funcionalismo para comprender la realidad social y reconocimiento del poder del estado para asegurar la prevención de la enfermedad. Desde esta perspectiva, el salubristas que convierte en un técnico de interventor que observa la población a través del normas establecidas y de la razón instrumental y que debo convertir las poblaciones humanas en objeto para intervenirlas a través de la ciencia y la técnica.

En respuesta a esta concepción negativa de la salud, centrada en la enfermedad, Granda propone una concepción de salud positiva, entendida, una forma de vida: *"el vivir genera la salud y esta no se da únicamente por descuento de la*

enfermedad; salud es una forma de vivir autónoma, solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiendo y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el estado (…). Si el diario deambular las poblaciones producen su salud, entonces, la fuerza o poder fundamentalmente para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida.

En consecuencia, el compromiso fundamental de la salud pública, a la luz de una concepción de salud positiva, es con la vida y con logro del buen vivir y no sólo con la enfermera.

Ahora bien ¿cuáles es el aportado del enfoque de las capacidades para la fundamentación de una concepción de salud? Para responder esta pregunta se presenta a continuación cuatro características de una concepción positiva de la salud derivadas de las categorías analíticas del enfoque de capacidades: por la noción de vida buena sustentada en un pluralismo valorativo, la expansión de la libertad como fundamento ético de las acciones (políticos y profesionales) en salud, la concepción de la persona como agente y reconocimiento de la visión propia que tiene las personas acerca de su propia salud, basada en una objetividad posicional. **(Restrepo-Ochoa, 2013)**

2.3 Definición de Términos.

Accesibilidad.- facilidad de entrada, usos, comunicaciones o servicios que presten las casas de salud.

Actitud.- Disposición que muestra una persona a responder de una determinada manera ante los diversos objetos y situaciones.

Afiliación.-pertenencia q un grupo o plan. Su proveedor de cuidados primarios de la salud, puede estar afiliado a un hospital y un plan de seguro médico.

Agudo.- en salud un término "agudo" se refiere a un síntoma o enfermedad que aparece de forma repentina

Aprendizaje.- Resultado observado una forma de cambio más o menos permanente del comportamiento de una persona, que se produce como consecuencia de una acción sistemática (Por ejemplo de la enseñanza) o simplemente de una práctica realizada por el aprendiz.

Asesoramiento: consejo o información que recibe respecto al tema.

Atención.- proceso mental por el que una persona selecciona determinada estímulos, e ignorar otros, para su posterior análisis y evaluación.

Autonomía: capacidad que tiene una persona para establecer sus propias normas y regirse a ellas a la hora de tomar decisiones, independientemente de la opinión del resto.

Beneficio.- servicio o tipo de apoyo usualmente provisto a través de un programa del gobierno o un plan de seguro médico.

Capacidad.- (capacidades- competencias – habilidades – destrezas son términos que se utilizan frecuentemente de forma indistinta). Habilidad especifica de tipo verbal, de lectura, de segundas lenguas, matemáticas, etc. Que puede utilizar una persona para aprender

Consustancial.- que es de la misma sustancia, naturaleza y esencia que otra cosa, ejemplo: la imaginación es consustancial al ser humano.

Coordinación de atención médica.- profesional que trabaja con la familia y el medico primario de ayuda a coordinar la atención medica provista por diversos proveedores de servicios. Este trabajo también se conoce como gestión de casos.

Crónico.- en la medicina este término se refiere a un problema o enfermedad de larga duración o recurrente.

Cuidados de hospicio.- el tipo de especial de atención medica que se centra en enfermedades que limitan la vida. Pueden proveerse en el hogar o fuera de este, en hospitales u hospicios. Los cuidados hospicio pueden comprender cualquiera de los servicios de salud en el hogar, pero usualmente incluyen servicios de asesoría y servicios de enfermería paliativa.

Cuidados paliativos: rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento así como brindar una mejor calidad de vida.

Defensa.- hablar o actuar en nombre de una persona, un grupo o una creencia. Un defensor puede ayudar a una familia a resolver problemas con el sistema escolar o un plan se seguro médico.

Deficiencia.- lesión, déficit o incapacidad.

Derecho.- servicio o beneficio que tiene derecho o recibir una persona elegible.

Diagnostico.- la designación de la enfermedad o problema específico conforme a un sistema estándar (por ejemplo ICD-9 o DSM-4).

Dolor agudo: es la respuesta fisiológica normal a una sensación desagradable su duración es limitada y remite cuando la lesión desaparece o se cura.

Dolor crónico: se define a las señales de dolor durante semanas, meses e incluso años.

Dolor: percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta y desagradable en cualquier parte del cuerpo.

Enfermedad terminal: término médico que indica que una enfermedad no puede ser curada o tratada de manera adecuada y se espera como resultado la muerte dentro de un corto tiempo.

Enfermedades crónicas: son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta como por ejemplo enfermedades cardiacas, el cáncer, diabetes etc.

Enfermera.- una enfermera provee y coordina el tratamiento directo y la atención en cualquier etapa de la vida.

Estímulos nerviosos: señal extrema o interna capaz de provocar una reacción en una célula.

Fisiopatología: parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad.

Habilidad.-capacidad relacionada con la posibilidad de realizar una acción o actividad concretas. Supone un saber hacer relacionado con una tares, una meta o un objeto.

Inapetencia: falta de apetito.

Lesión histica: lesiones que ocurren en un determinado tejido del organismo.

Mediadores químicos: son los protagonistas de la respuesta inflamatoria y se rigen a las respuestas vasculares.

Motivación.- conjunto de procesos que desarrolla un facilitador (docente u otra persona, un recurso) para activar, dirigir y mantener determinada conducta en otra persona por ejemplo: un alumno o en una grupo.

Nociceptores: son los detectores de los estímulos nerviosos.

Resguardar: proteger o evitar que una persona no reciba ningún daño.

Tutor.- docente que se responsabiliza de realizar la acción tutorial con un grupo de estudiantes.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de Investigación.

El presente estudio corresponde a una investigación de carácter **exploratorio,** porque es un hacercamento del enfoque de capacidades en el proceso de atención de enfermería, según en enfoque de capacidades para el cuidado paliativo, enmarcadas al modelo de **MARTHA NUSSBAUM.** Ya que a través de éste, se intenta aprovechas las capacidades fisiológicas y sicológicas de los pacientes, que permita el incremento de una vida satisfactoria, reconociendo su patología.

3.2 Diseño.

Diseño exploratorio de corte transversal. Ya que se elaboró un proceso de atención de enfermería utilizando el enfoque de capacidades que nos permitirá identicar las necesidades de los pacientes de cuidados paliativos y aplicar acciones adecuadas para mejorar la calidad de vida de usuarios del hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo 2016-2017.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población: la presente investigación se desarrolla en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, ubicado en la cuidad de Guaranda en el periodo 2016-2017.

Composición	**Población**
Pacientes atendidos en el periodo 2016-2017	504
Total	504

3.3.2 Muestra

Como contamos con una población finita, determinamos un rango de erro del 10% y con una confiabilidad del 90%, considerando que es una investigación nueva en el campo y que se basa en las experiencias vividas propias de su patología, también por la poca accesibilidad y colaboración de los mismos.

Tamaño de muestra finita.

Formula $$n = \frac{Z2 * p * q * N}{e\,2\,(N-1) + Z2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^{2} * 0.5 * 0.5 * 504}{0.1^{2}(503) + 1.96^{2} * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 96.$$

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Aplicamos una encuesta a los pacientes que tiene patológicas crónico degenerativas, que acuden por atención al Hospital Alfredo Noboa Montenegro, las cualidades de análisis de las capacidades fueron tomadas de los enunciados establecidos por el modelo de MARTHA NUSSBAUM quien considera que una capacidad es una oportunidad, determinando que una persona es única con deferentes necesidades y recurso para la satisfacción de las mismas.

Este cuestionario consta de 43 ítems cerrados que exploran las necesidades tanto físicas, psicológicas, sociales como culturales relacionados al cuidado paliativo. Las capacidades humanas que enuncia NUSSBAUM son las siguientes:

- Vida
- Salud física
- Integridad física
- Sentimientos, imaginación, pensamientos
- Emociones

- Razón practica
- Afiliación (con otros seres humanos)
- Otras especies (animales, plantas, etc)
- Juegos
- Control sobre su propio entorno político y material

Considerando que para la valoración se distinguen tres tipos de capacidades:

- **Las internas**: como la educación o la preparación para el trabajo
- **Las combinadas**: libertad de elegir de elegir
- **Las básicas**: que hacen posible el desarrollo de la persona, que su potencial no se desperdicie, basado en la dignidad humana

El contar con un instrumento técnico científicos de este tipo, que tengan validez y fiabilidad, nos permita a los profesionales de la salud, identificar para valorar de forma rápida y objetiva las capacidades reales para descubrir las necesidades que pueden ser aprovechadas y mejoradas con el propósito de brindar un cuidado adecuado e integral, favoreciendo a una vida satisfactoria y como fin hacia una muerte digan que todos nos merecemos.

3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento de la información se realizó la recolección de datos, mediante la aplicación de encuestas estructuradas, seguidamente el conteo de resultados, que se expresa en un cuadro de datos, luego se procedió a la tabulación de las mismas, con el apoyo del programa de Excel y Word, para procesarles en un centro grama del cual resulta el análisis e interpretación de resultados, la misma que facilitan obtener las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

RESULTADOS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

4.1. Resultado según objetivo I

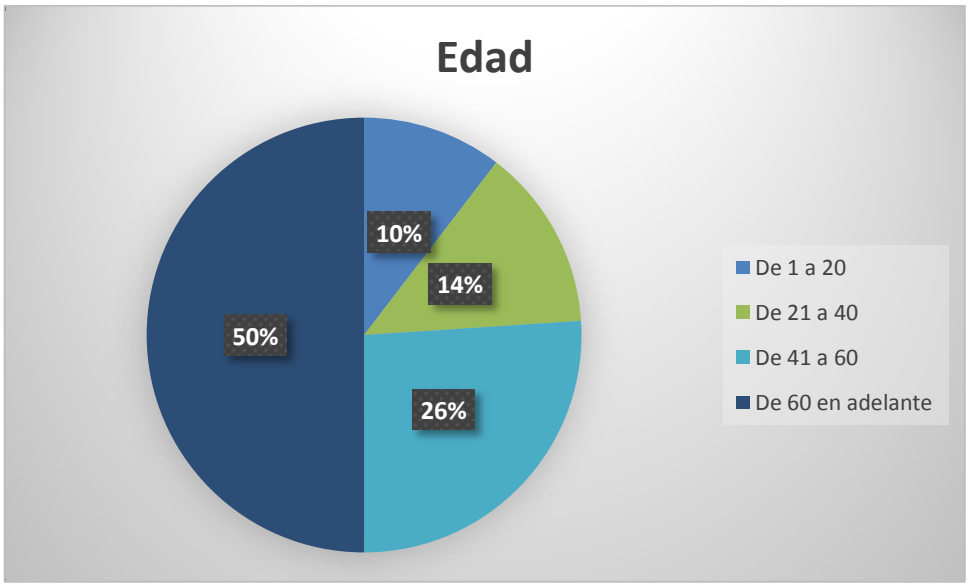
Identificar las necesidades reales y potenciales.

4.1.1. VIDA.- Vivir una vida de duración normal. No morir de forma prematura o antes de que la vida se vea tan consumida que no valga la pena vivirla.

Tabla 1

1.1. EDAD

RANGO	TOTAL	PORCENTAJE
De 1 a 20	10	10%
De 21 a 40	13	14%
De 41 a 60	25	26%
De 60 en adelante	48	50 %
TOTAL	**96**	**100%**



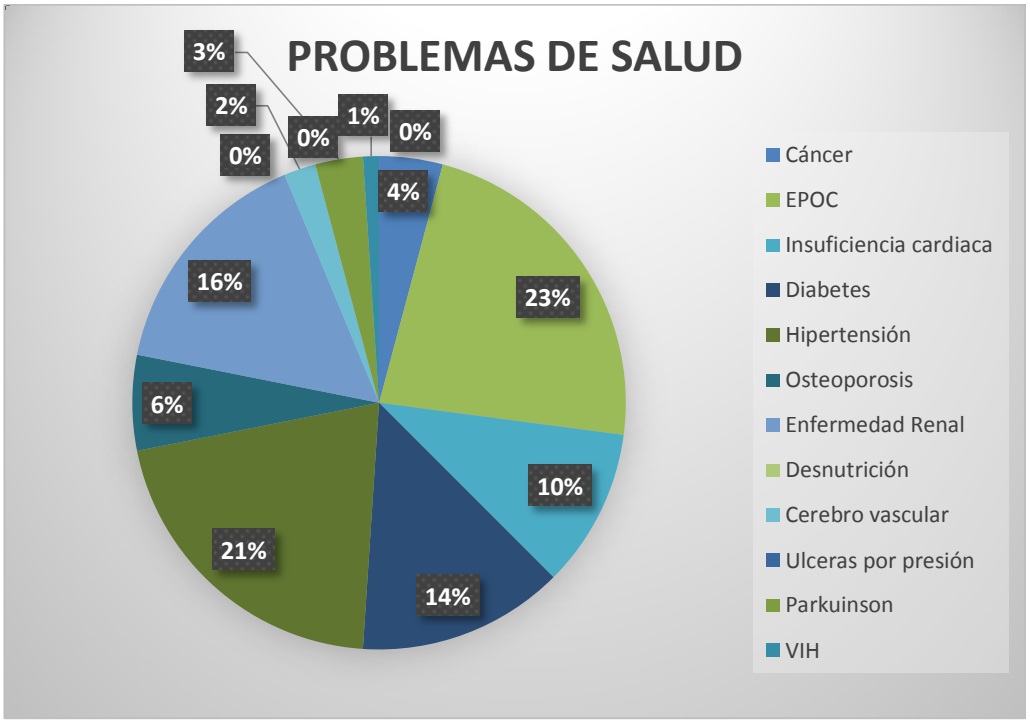
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y análisis.

Como podemos observar los datos en relación a la edad, la mayor parte de la población correspondiente al 50% en un rango de 60 años en adelante, es decir que se encuentra atravesando la última etapa del ciclo de la vida, un 26% que están en la edad de 41 a 60, un 14% que corresponde a las edades de 21 a 40 y por ultimo esta un 10% que representa el rango de 1 a 20 años, como seres humos cumplimos un ciclo vital, en el cual atravesamos por cambios tanto físico como psicológicos, si en uno de estos existen vulnerabilidades que ponen en riesgo la vida, acortarían este proceso, y afectarían a la persona en cualquier edad.

1.2. PROBLEMAS DE SALUD

PATOLOGIAS	**TOTAL**	**PORCENTAJE**
Cáncer	4	4%
EPOC	22	23%
Insuficiencia cardiaca	10	10%
Diabetes	13	14%
Hipertensión	20	21%
Osteoporosis	6	6%
Enfermedad Renal	15	16%
Desnutrición	0	0%
Cerebro vascular	2	2%
Ulceras por presión	0	0%
Parkuinson	3	3%
VIH	1	1%
Otros	0	0%
TOTAL	**96**	**100%**



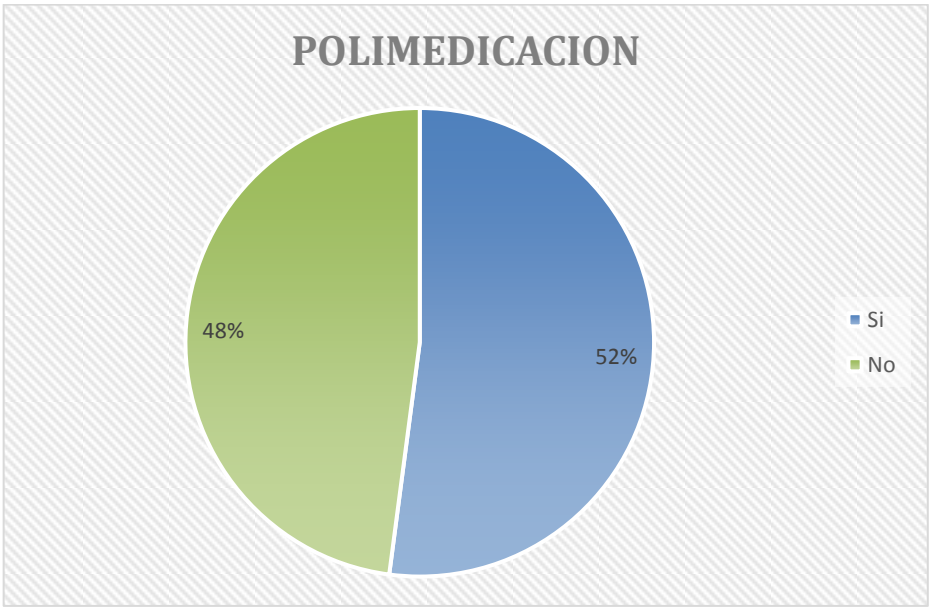
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y análisis:

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre los problemas de salud observamos en el grafico que: El 23% manifiestan que sufren EPOC, un 21% Hipertensión, el 16% padece de Enfermedades Renales, 14% poseen Diabetes, un 10% Insuficiencia Cardiaca, 6% Osteoporosis, 4% Cáncer, 3% Parkinson 2% Vasculares y por ultimo representando el 1% VIH. Todas estas enfermedades tienen un duración larga y progresión lenta, no tienen un tratamiento y una atención especializada para evitar alteraciones que compliquen su situación de salud.

1.3. POLIMEDICACIÓN

MEDICACIÓN	TOTAL	Porcentaje
Si (mas de 5 farmacos)	50	52%
No (menos de 3 farmacos)	46	48%
TOTAL	96	100%



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

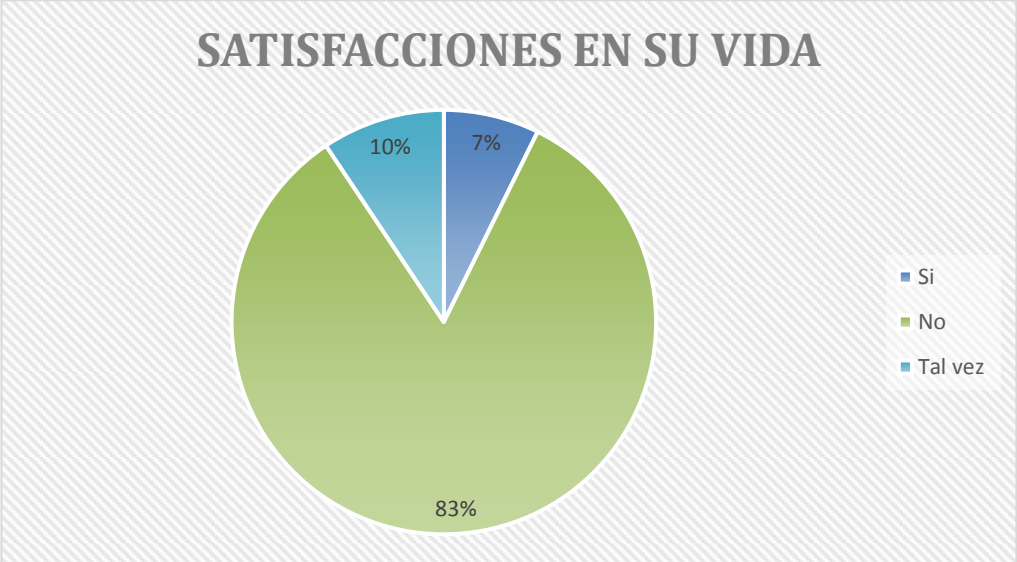
Interpretación y análisis

Con los resultados obtenidos, observamos en el gráfico, que la mayoría de los encuestados representados por un 52% usa más de 5 fármacos diarios, mientras que un 48% menos de 3 fármacos diarios, para el aumento de la esperanza de vida en pacientes con enfermedades crónicas deben mantenerse controladas con fármacos, pero el riesgo de interacciones entre los medicamentos se incrementa cuando se toman más de cinco cada día, pero no consiguen detectar las incompatibilidades con otros fármacos o los efectos secundarios que afectan a poca gente.

1.4. SATISFACCIONES EN SU VIDA

¿Ha cumplido todo lo que se ha propuesto en su vida?

METAS	TOTAL	PORCENTAJE
Si	7	7%
No	80	83%
Tal vez	9	10%
TOTAL	**96**	**100%**



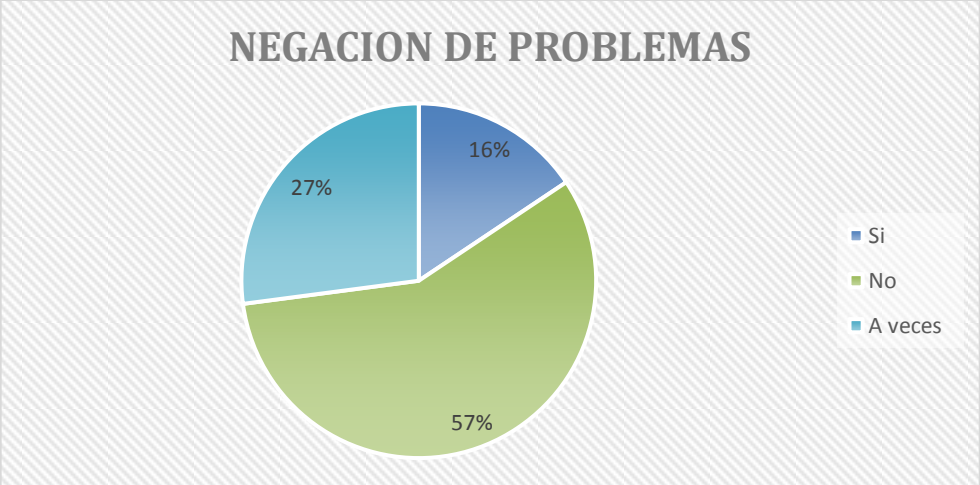
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

En relación a satisfacción en su vida permite evaluar de manera personal y objetiva cómo va su vida en relación a lo que esperan de ella, obteniendo como resultado que el 83% no ha cumplido lo que se ha todo lo que se ha propuesto, un 10% los ha alcanzo cumplir con algunos logros significativos, mientras que el 7% de encuestados si ha cumplido con lo que se ha propuesto. El cumplimiento de las metas y sueños personales permiten lograr una estabilidad emocional, psicológica que ayudan a disfrutar de la vida y hacer frente a problemas que presenten a futuro.

1.5.- NEGACION DE PROBLEMAS

PROBLEMAS	NUMERO	PORCENTAJE
Si	15	16%
No	55	**57%**
A veces	26	**27%**
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

La negación de problemas es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentar conflictos negándolos que están relacionados a la depresión, con los datos obtenidos se observa que un 57% de los encuestados no niega ante los problemas, mientras que un 27% refleja que muchos de los casos o circunstancias niega los problemas y por ultimo un 16% se niega rotundamente ante los problemas. La negación en el contexto de la enfermedad no se considera efectiva, ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado para su condición.

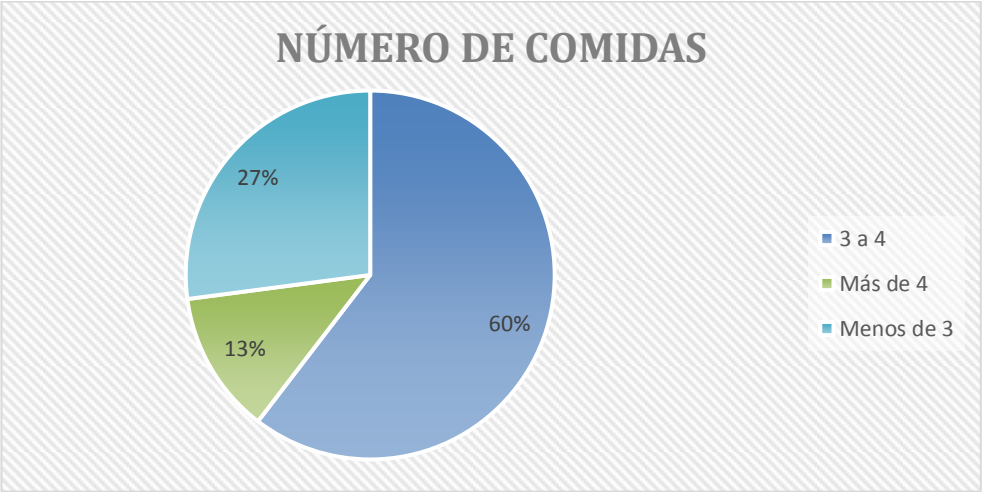
4.1.2. SALUD CORPORAL: Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.

Tabla 2

2.1. NUTRICIÓN:

a. Número de comidas al día

INGESTA	TOTAL	PORCENTAJE
3 a 4	58	60%
Más de 4	12	13%
Menos de 3	26	27%
TOTAL	**96**	**100%**



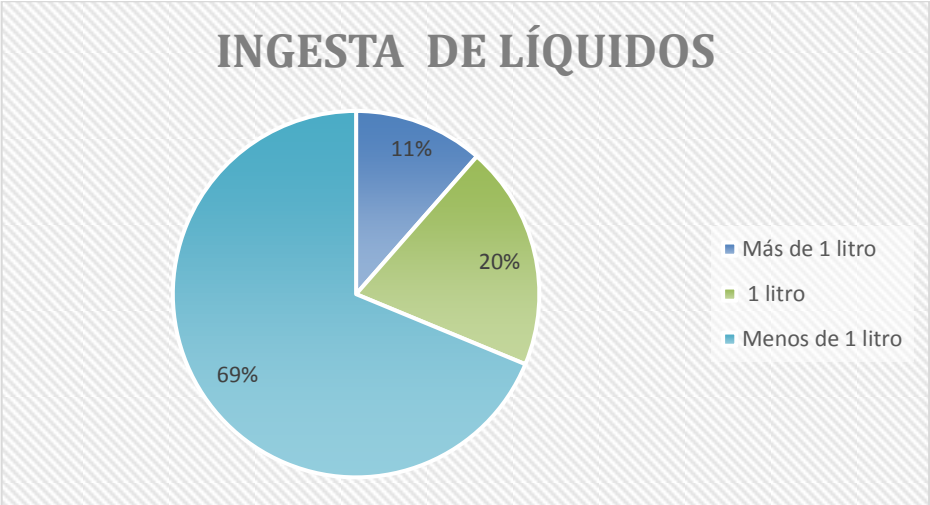
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

De acuerdo a la encuesta realizada en base a la nutrición observamos que el 60% de las personas encuestadas ingiere de 3 a 4 comidas al día, el 27% menos de 3, mientras que un 13% ingiere alimentos más de 4 veces al día. El número y tiempos de comida también se relaciona con nuestro estado de salud, es decir existen enfermedades que limitan o aumenten la cantidad de alimentos o ingerir alimentos de acuerdo a las indicaciones médicas.

b. Ingesta de líquidos

LIQUIDOS	NUMERO	PORCENTAJE
Más de 1 litro	11	11%
1 litro	19	20%
Menos de 1 litro	66	69%
TOTAL	**96**	**100%**



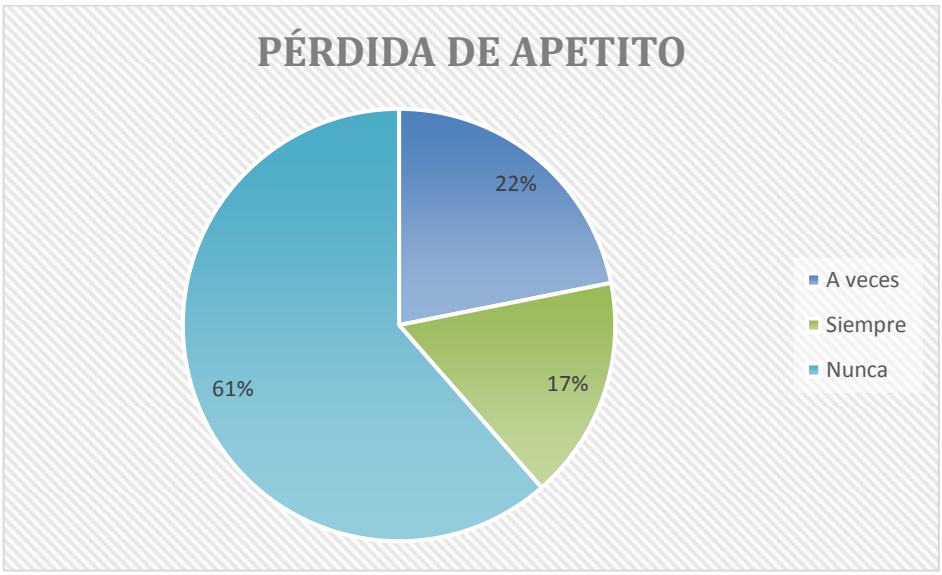
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y análisis

Los datos obtenidos en relación a ingesta de líquidos observamos que la mayor parte representadas por un 69% ingieren menos de 1 litro de líquidos al día , mientras que el 20% de los encuestados respondieron que ingieren un litro diario y por último la mínima parte representada por un 11% ingieren más de un litro de líquidos al día. El agua es esencial para la salud de los seres humanos y favorece al organismo, elimina los residuos, mantiene los riñones sanos y aporta una hidratación constante a la piel, ojos, boca y nariz, lubrica las articulaciones, regula la temperatura corporal y el metabolismo por lo que una deshidratación leve en este tipo de pacientes re-enlentece los procesos metabólicos del cuerpo y es perjudicial para los riñones acompañado de boca seca, fatiga, aletargamiento, debilidad muscular, dolor de cabeza, mareos.

c. Pérdida de apetito

PERDIDA DE APETIDO	NÚMERO	PORCENTAJE
A veces	21	22%
Siempre	16	17%
Nunca	59	61%
TOTAL	**96**	**100%**



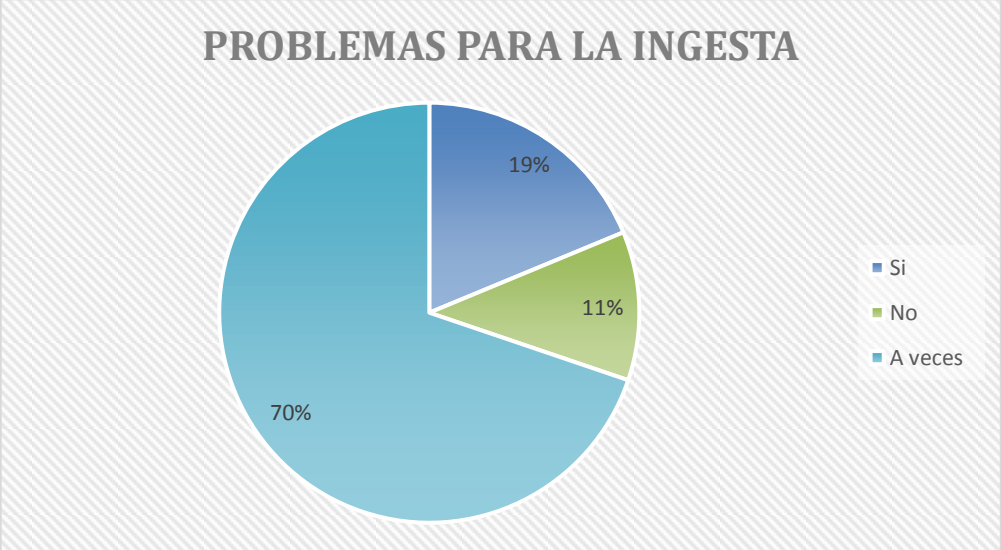
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta realizada observamos que la mayor parte de la población encuestada, representada por el 61% nunca ha sufrido pérdida de apetito, el 22% manifiesta que en muchos de los casos si ha presentado pérdida de apetito, mientras que un 17% da a conocer que sufre problemas para alimentarse por siempre presentar pérdida de apetito.

d. Problemas para la ingesta

PROBLEMA DE INGESTA	TOTAL	PORCENTAJE
Si	18	19%
No	11	11%
A veces	67	70%
TOTAL	**96**	**100%**



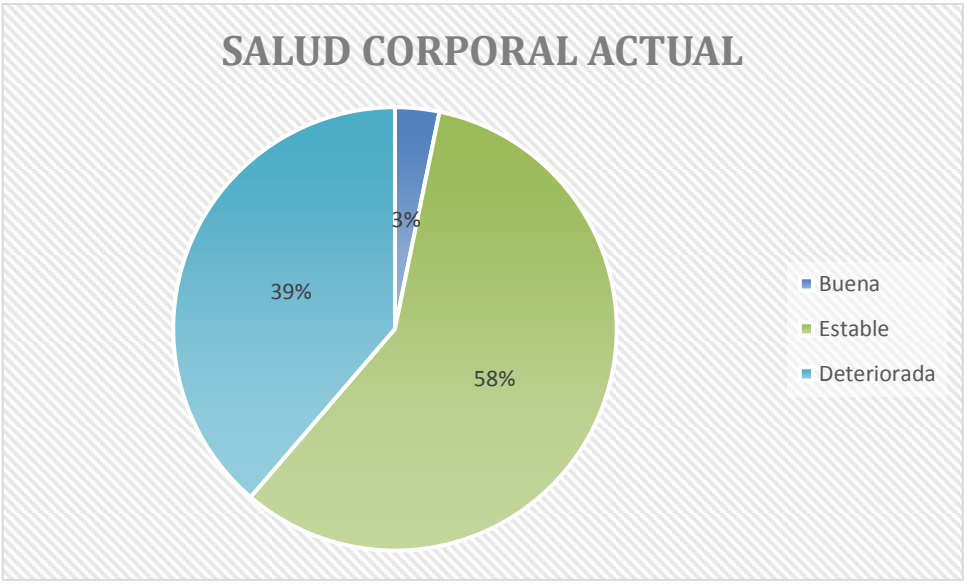
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

Los trastornos nutricionales son provocados por los problemas para ingesta siendo frecuente y de difícil manejo en los pacientes de cuidados paliativos, según el cuadro observamos como resultados, que la mayoría de la población representada por el 70% presenta a veces problemas para ingerir alimentos, un 19% si presenta problemas en la ingesta y finalmente el 11% de la población que manifiesta que no presentan problemas al momento de ingerir alimentos.

2.2. SALUD CORPORAL ACTUAL.

SALUD CORPORAL	NÚMERO	PORCENTAJE
Buena	3	6%
Estable	54	56%
Deteriorada	36	38%
TOTAL	**96**	**100%**



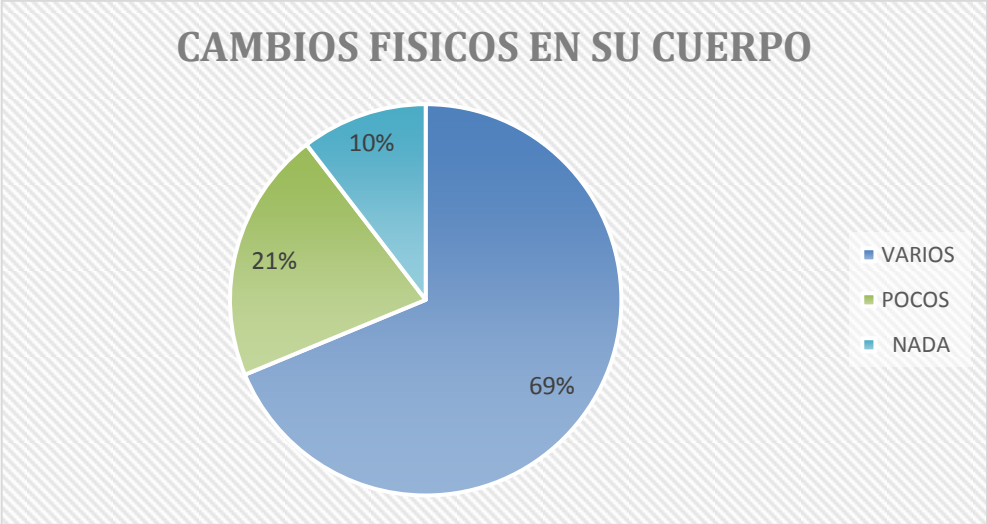
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

La salud corporal puede ser un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se concentre en la enfermedad) en estos pacientes de cuidados paliativos es necesario conocer cómo se sienten con el estado actual de su salud por lo que observamos que un 56% considera que su estado de salud está en un nivel estable, el 38% buena y finalmente el 6% considera que su estado de salud actual se encuentra deteriorado.

2.3.CAMBIOS FÍSICOS EN SU CUERPO

CAMBIOS FÍSICOS	TOTAL	PORCENTAJE
VARIOS	66	69%
POCOS	20	21%
NADA	10	10%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

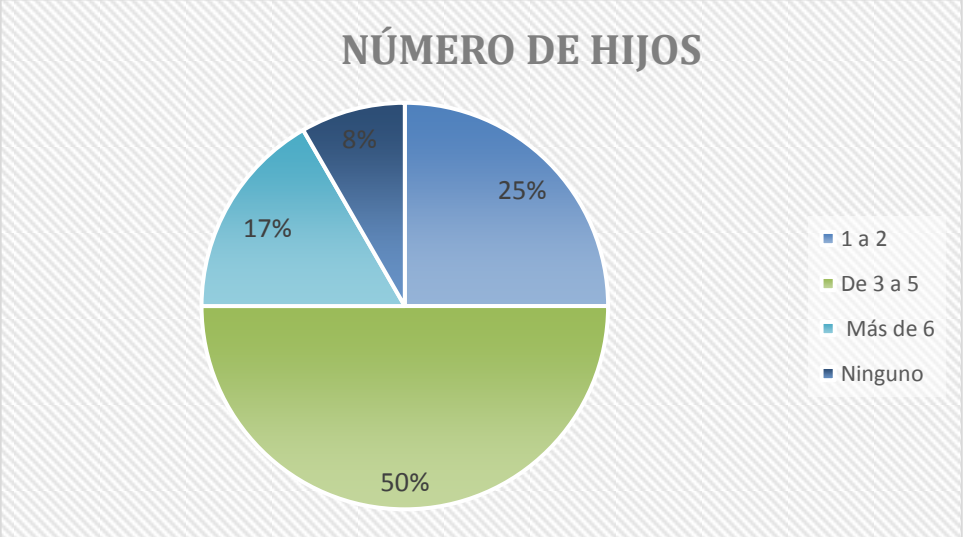
Interpretación y Análisis

Sobre cambios físicos en su cuerpo tenemos como resultados que la mayor parte representados por un 69% han sufrido varios cambios en su cuerpo, el 21% también ha sufrido pocos cambios pero notables, mientras que el 10% de las personas encuestadas por el momento no ha sufrido ningún cambio físico en su cuerpo. El organismo de los pacientes que padecen de una enfermedad crónica, sufren alteraciones inevitables e irreversibles que se plasman en la forma física, en la piel, en el cabello y en el rostro que conlleva estragos inevitables en la fisonomía que, en general, cuestan de aceptar.

2.4.SEXUALIDAD:

a. Número De Hijos

NUMERO DE HIJOS	TOTAL	PORCENTAJE
1 a 2	24	25%
De 3 a 5	48	50%
Más de 6	16	17%
Ninguno	8	8%
TOTAL	**96**	**100%**



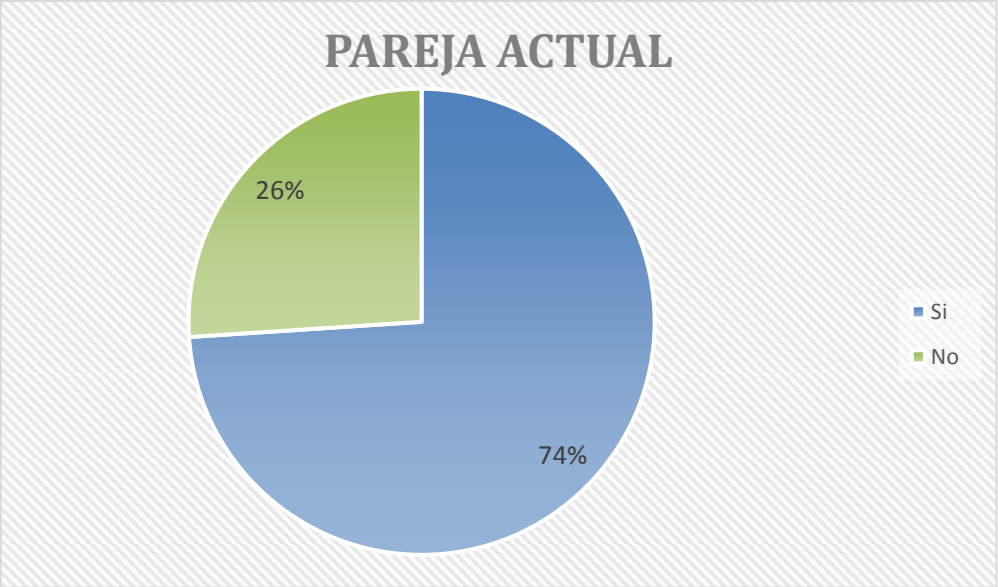
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

En el ámbito sexualidad, es importante gozar de una la salud reproductiva, según el parámetro número de hijos se encontró que un 50% poseen de 3 a 5 hijos, de 1 a 2 hijos un 25%, seguidamente un 17% manifiesta tener más de 6 hijos y finalmente un 8% que no posee ningún hijo.

b. Pareja actual

PAREJA ACTUAL	TOTAL	PORCENTAJE
Si	71	74%
No	25	26%
TOTAL	**96**	**100%**



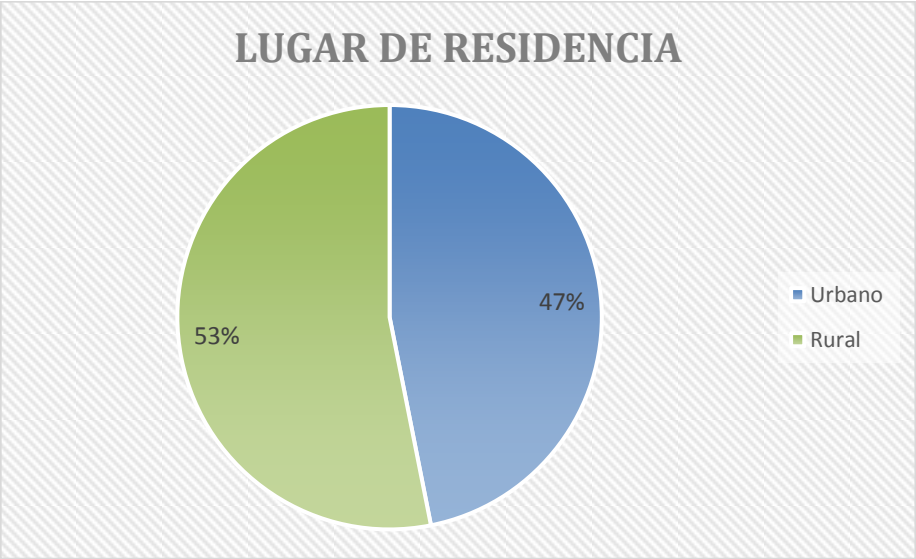
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

La mayor parte correspondiente al 74% si posee pareja actual mientras que el 26% no la posee. En pacientes con enfermedades degenerativas es importante contar con una pareja que le brinde apoyo, compromiso, tranquilidad, respeto, cuidado, amistad y consideración por el otro. Para lograr equilibrio es fundamental integrar los tres niveles del ser humano: el físico, el sicosocial y el espiritual.

2.5.LUGAR DE RESIDENCIA

RESIDENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
Urbano	45	47%
Rural	51	53%
TOTAL	**96**	**100%**



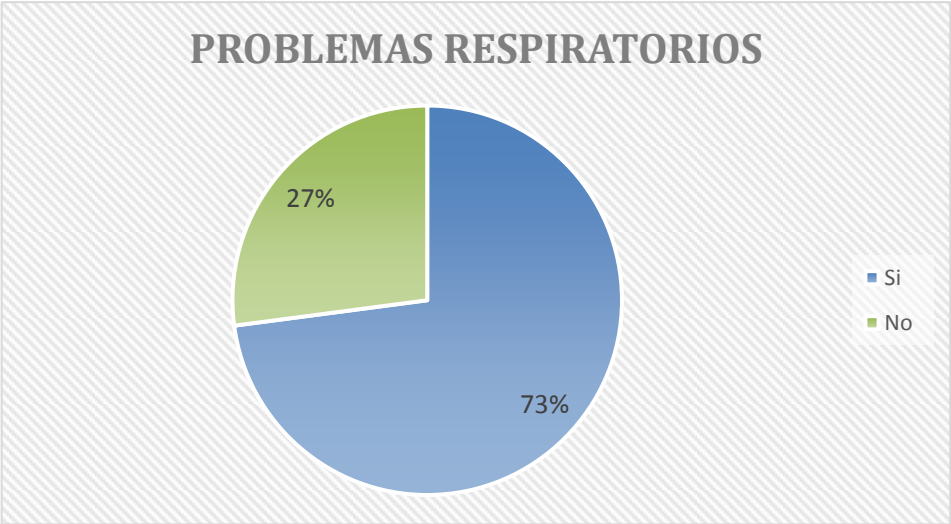
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

Para tener una vivienda adecuada es adecuada vivir en un lugar donde brinden todos los servicios básicos, en el cuadro realizados observamos que el 53% vive en el sector rural, mientras que el 47% restante de la población encuestada vive en el sector urbano. Dentro de la cantón Guaranda la zonas rurales no cuentan con servicios sanitario, tiene difícil acceso a viviendas, viviendas inadecuadas para la condición de salud que se encuentran, siendo más vulnerables al deterioro de su salud corporal.

2.6.PROBLEMAS RESPIRATORIOS

PROBLEMAS RESPIRATRIOS	TOTAL	PORCENTAJE
Si	70	73%
No	26	27%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

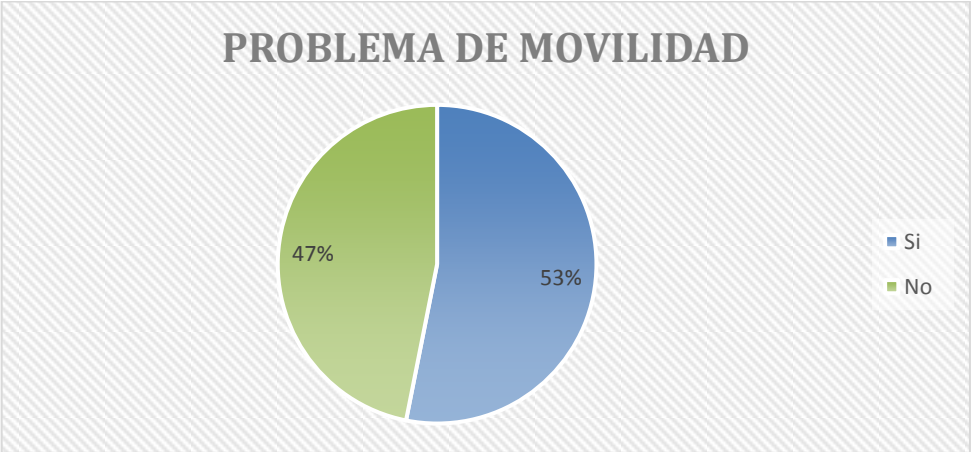
De acuerdo a la salud corporal hemos observado que en parámetro de problemas respiratorios el 73% de los encuestados si presenta problemas respiratorios, mientras que tan solo el 27% no los presenta. Problemas para respirar o disnea en pacientes con patologias crónicas es un síntoma muy común,siente que no está recibiendo suficiente aire al momento de ralizar sus actividades cotidianas, de ahí la importancia de su valoracion.

4.1.3. INTEGRIDAD FÍSICA Capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual y de abusos.

Tabla 3

3.1.PROBLEMAS DE MOVILIDAD

PROBLEMA DE MOVILIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	51	53%
No	45	47%
TOTAL	**96**	**100%**



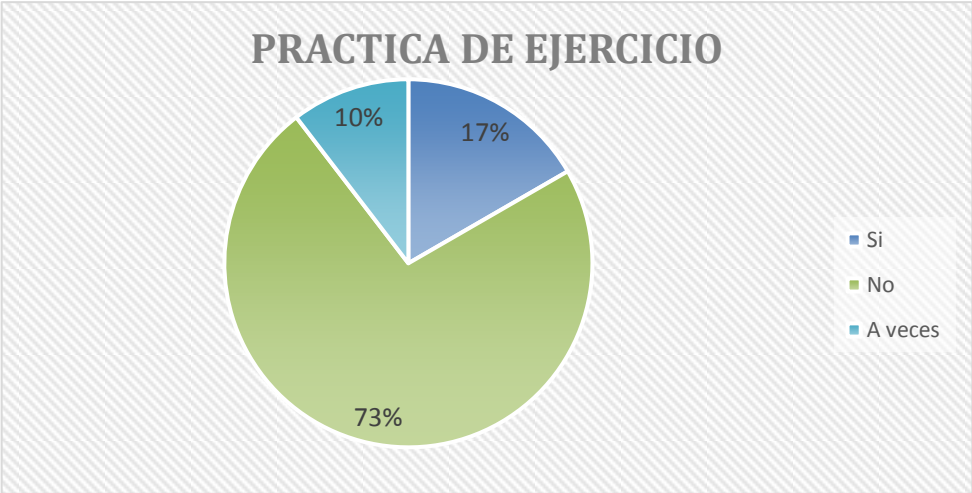
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

En problemas de movilidad obtuvimos que 53% si presentan problemas en momento de movilizarse, mientras que el 47% restante no poseen problemas de movilización. Los problemas de movilidad son comunes debido a los cambios físicos en relación a su edad, al su estado de salud, lugar de su residencia.

3.2. PRACTICA DE EJERCICIO

EJERCICIO PRÁCTICO	TOTAL	PORCENTAJE
Si	16	17%
No	70	73%
A veces	10	10%
TOTAL	**96**	**100%**



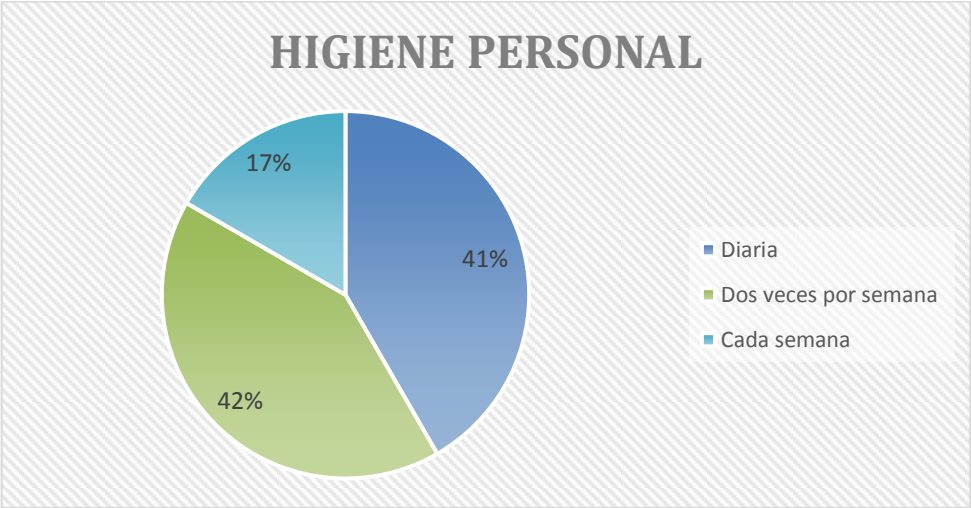
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

En práctica de ejerció de acuerdo a los resultados obtenidos observado que el 73% de las personas encuestadas no practica ningún ejercicio, el 17% si practica ejercicios corporales mientras que el 10% de las personas a las que se realizó las encuestas practican algún ejercicio rara vez. Los movimientos corporales y el ejercicio no sólo contribuyen a disfrutar de la vida, sino que además son esenciales para la conservación de la misma. El movimiento es esencial para la salud del paciente, deben realizarse una valoración previa de sus limitaciones y capacidades.

2.7.HIGIENE PERSONAL

HIGIENE PERSONAL	TOTAL	PORCENTAJE
Diaria	40	41%
Dos veces por semana	40	42%
Cada semana	16	17%
TOTAL	**96**	**100%**



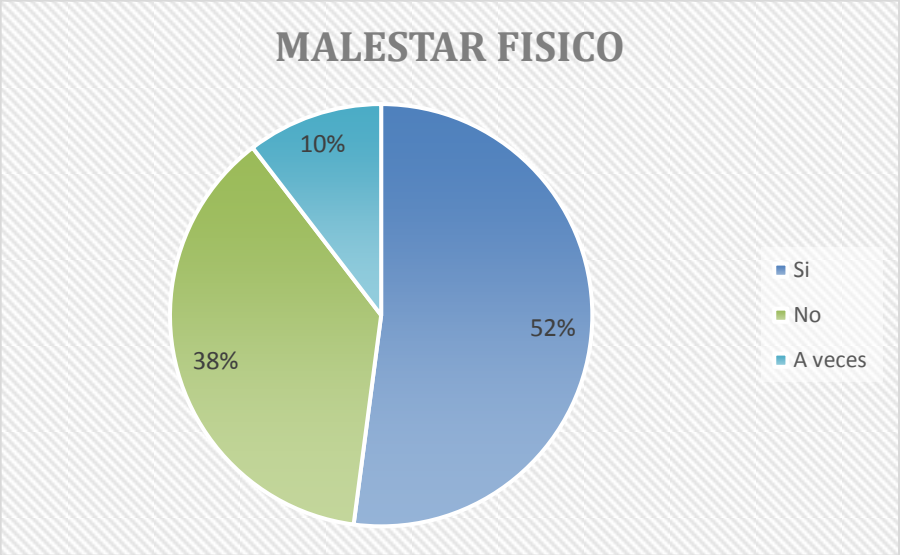
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

Según los datos observamos que la mayor parte de las personas representado por el 42% se bañan dos veces por semana, el 41% diariamente, finalmente el 17% se realiza el baño una vez por semana. Hábitos tan cotidianos como lavarse las manos, los dientes y bañarse son esenciales para prevenir enfermedades, prevenir infecciones, mejora la circulación sanguínea del cuerpo, por eso la importancia de conservar y promover la higiene personal en este tipo de pacientes.

2.8.MALESTAR FÍSICO

MALESTAR FÍSICO	TOTAL	PORCENTAJE
Si	50	52%
No	36	38%
A veces	10	10%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

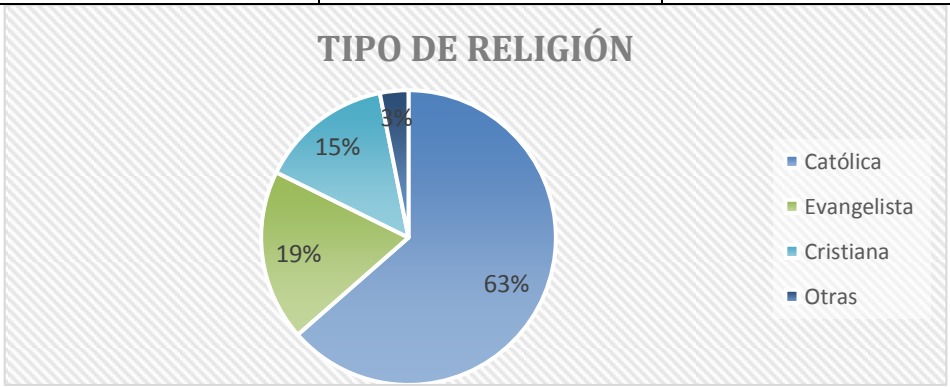
El malestar físico puede es una es una valoración subjetiva (relación a los sus estado emocional) y objetiva (en relación a la enfermedades por la que atraviesa), tienen relaciones en síntoma que se puede presentar con casi cualquier afección. De acuerdo a la información sobre el malestar físico tenemos que un 52% si tener permanentemente malestar físico, mientras que el 38% dicen no tener ningún malestar, finalmente el 10% de las personas encuestadas dice padecer a veces cualquier tipo de malestar físico.

3.2.1. SENTIMIENTOS, IMAGINACIÓN Y PENSAMIENTO.- Usar la imaginación y el pensamiento para experimentar y producir obras o actos religiosos, musicales o parecidos, según se desee. Usar la mente en condiciones protegidas por las garantías de libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. En disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.

Tabla 4

4.1.TIPO DE RELIGIÓN

RELIGION	TOTAL	PORCENTAJE
Católica	61	63%
Evangelista	18	19%
Cristiana	14	15%
Otras	3	3%
TOTAL	**96**	**100%**



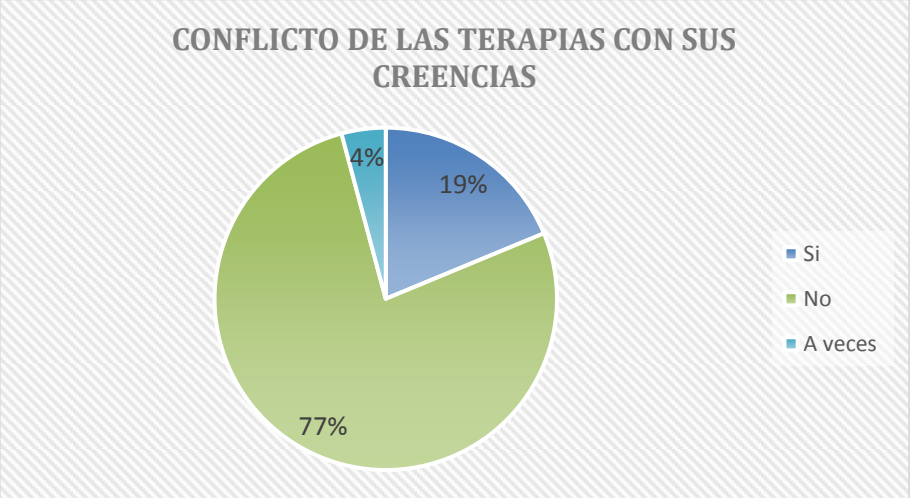
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

En el tipo de religión, observamos que el 63% corresponden a la religión católica, seguido del 19% que son evangelistas, el 15% manifestaron ser cristianos y finalmente tan solo el 3 % indico ser de otra religión o no tenerla. La religión ha estado siempre presente en la vida del hombre, ya sea porque tiene fe en Dios o en otra divinidad o creencia que le identifique, pues la religión le hace sentirse parte de un grupo cultural que comparte sus creencias, ritos y costumbres; además tienen una manera común de ver al mundo y sus fenómenos.

4.2.CONFLICTO DE LAS TERAPIAS CON SUS CREENCIAS

CONFLICTOS TERAPIAS - CREENCIAS	TOTAL	PORCENTAJE
Si	18	19%
No	74	77%
A veces	4	4%
TOTAL	**96**	**100%**



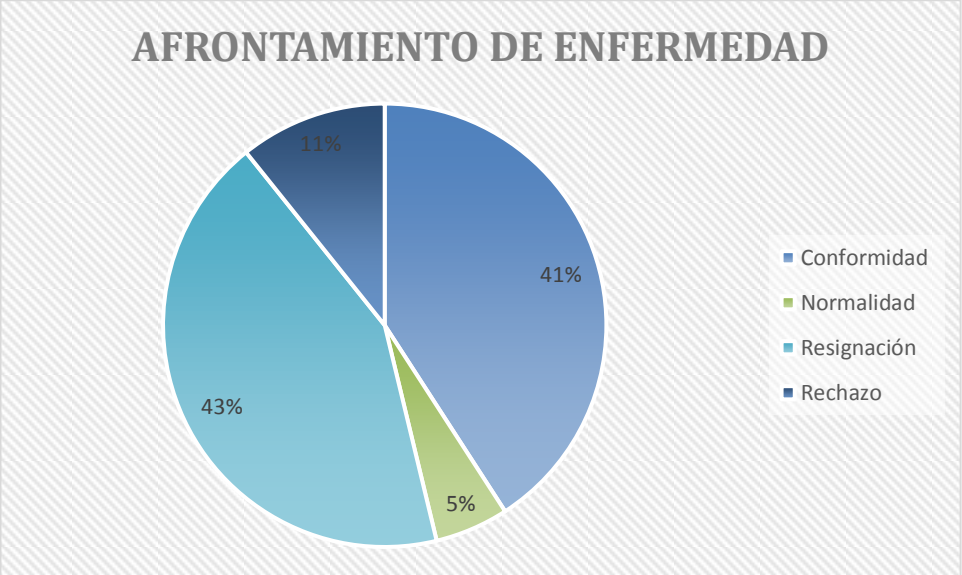
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

De acuerdo a la encuesta realizada hemos observado que el 77% no presenta ningún problema en cuanto al tratamiento y sus creencias, mientras que el 19% si presenta problemas al momento del tratamiento, finalmente un 4% manifiesta presentar rara vez este tipo de problemas. Una religión comprende no sólo las creencias religiosas sino también por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural en práctica de las mismas, que interviene en su estilo de vida y en la toma decisiones.

4.3.AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

AFRONTAMIENTO DE ENFERMEDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Conformidad	38	41%
Normalidad	5	5%
Resignación	40	43%
Rechazo	10	11%
TOTAL	**96**	**100%**



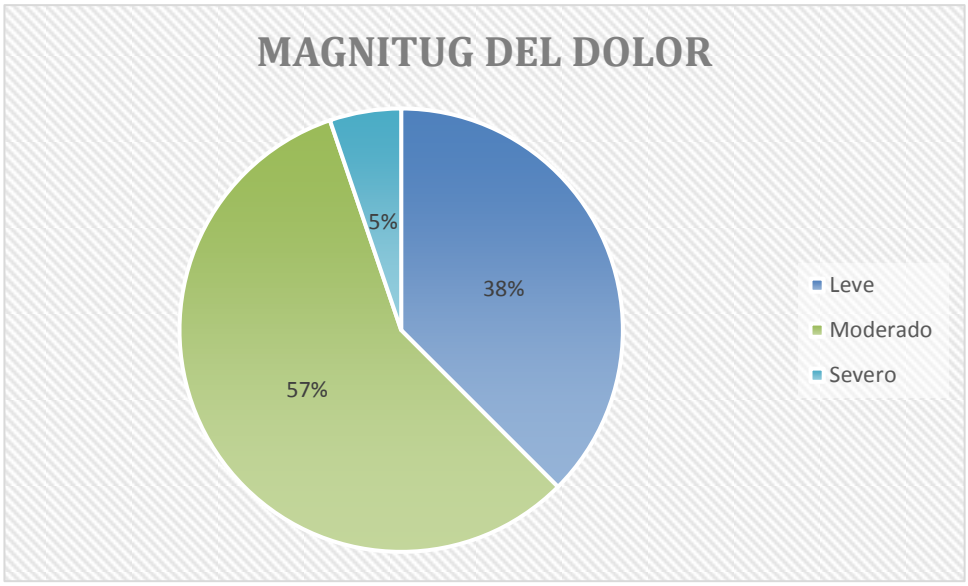
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

El afrontamiento de problemas como regulador de la perturbación emocional de la enfermedad observamos que el 43% se han resignado ante la presencia de su enfermedad, el 41% se han conformado con todo lo que le pasa y finalmente un 11% ha demostrado rechazo ante los problemas transcurridos. Mientras que el 5% afronta con normalidad su problemas de salud. El afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad.

4.4.DOLOR

MAGNITUG DEL DOLOR	NÚMERO	PORCENTAJE
LEVE	36	38%
MODERADO	55	57%
SEVERO	5	5%
TOTAL	**96**	**100%**



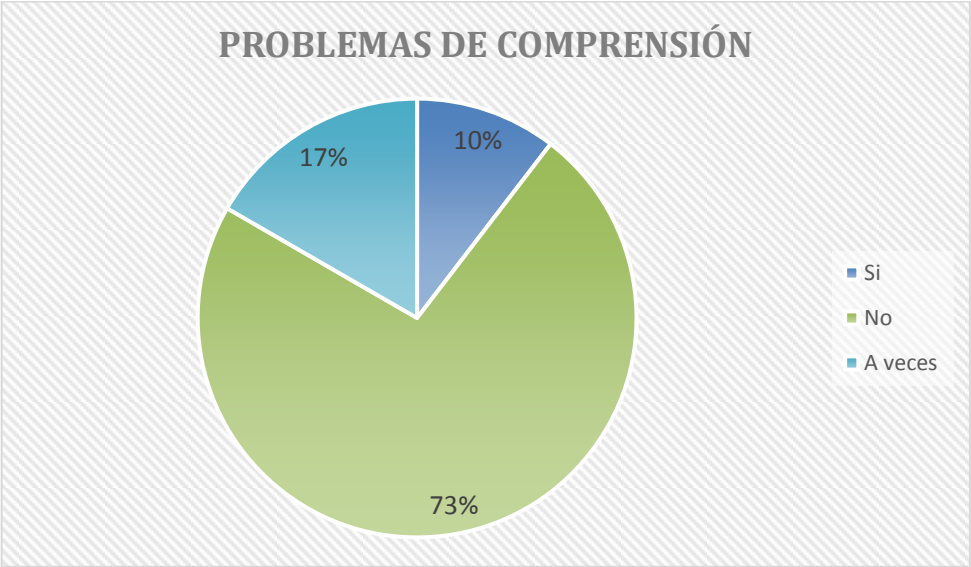
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

El dolor es una sensación subjetiva por lo que el propio paciente es quien manifiesta, en los resultados obtenidos el 57% presenta un dolor moderado, el 38% tiene un dolor leve y localizado y el 5 % presentan un dolor severo y controlado con fármacos, por lo que para su valoración es necesario individualizar y mantener un control continuo.

4.5.PROBLEMAS DE COMPRENSIÓN

COMPRENSION	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	10	10%
No	70	73%
A veces	16	17%
TOTAL	**96**	**100%**



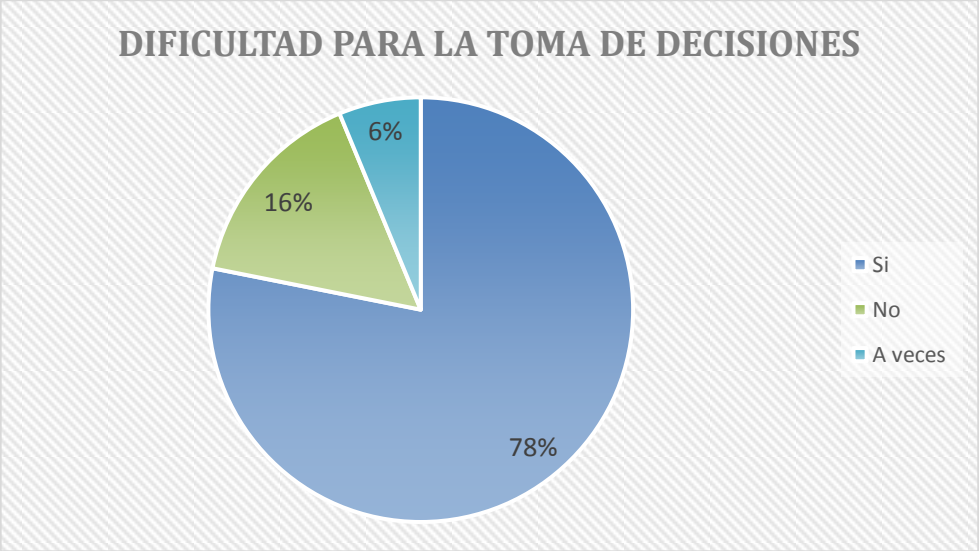
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

Según los datos obtenidos observamos que la mayor parte representado por el 73% no presenta ningún problema de comprensión, el 17% si las presenta rara vez, mientras que el 10% restantes si presenta problemas de comprensión más seguido. En pacientes de cuidados paliativos es importante lograr un comprensión clara sobre su el problema de salud que atraviesan pues el personal de enfermería en el encargado de una educación en relación al nivel de comprensión del paciente.

4.6.DIFICULTAD PARA LA TOMA DE DECISIONES

DIFICULTAD PARA DECISIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	75	78%
No	15	16%
A veces	6	6%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis.

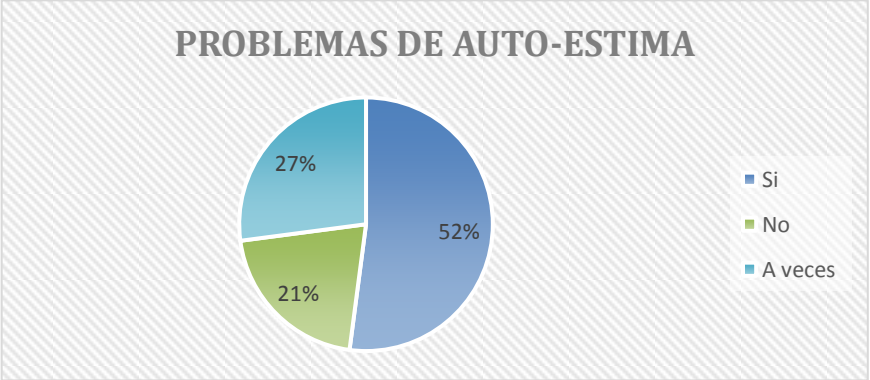
4. De acuerdo a la dificultad para la toma de decisiones, observamos que la mayor parte de la población representada por el 78% manifiesta si tener problemas el momento de la toma de decisiones, el 16% dice no tener problema alguna para tomen alguna decisión, finalmente tan solo el 6% manifestó que en ocasiones si se les hace difícil la toma de decisiones. La toma de decisiones es una capacidad puramente humana propia de poder realizar una opción que pueda resolver diferentes situaciones de salud estas se interrelacionan, creencias y sentimientos, por lo que va a tener dificultades al tomar una decisión sobe pacientes con cuidado paliativo.

4.1.1. EMOCIONES.- Sentir emociones por cosas o personas externas a nosotros o por nosotros mismos. Amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, sentir duelo por ausencia. Poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad.

Tabla 5

5.1.PROBLEMAS DE AUTO-ESTIMA

AUTOESTIMA	TOTAL	PORCENTAJE
Si	50	52%
No	20	21%
A veces	26	27%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

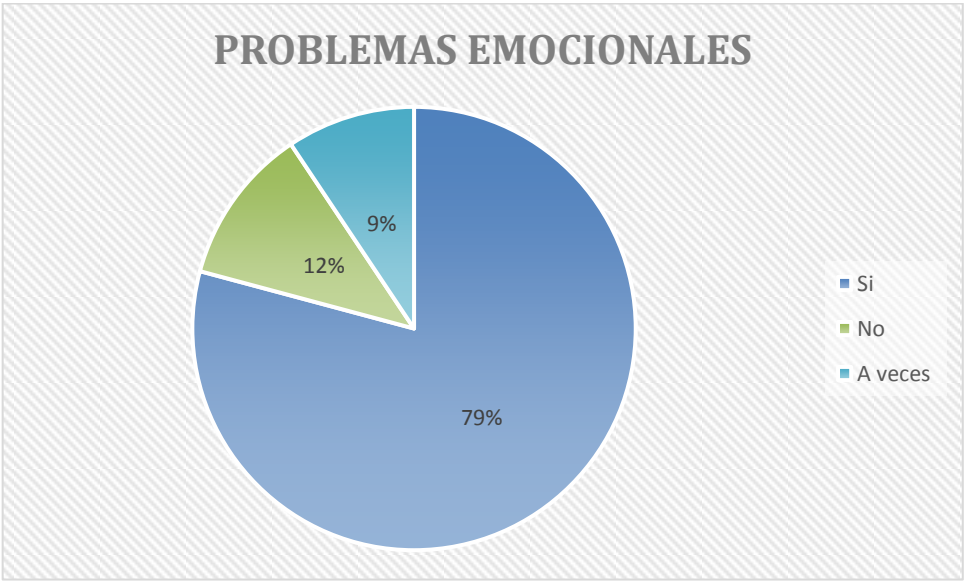
Interpretación y Análisis.

Según el grafico en relación a problemas de autoestima 52% de los encuestados si presenta problemas, el 27% a veces y mientras que el 17% manifestó no tener ningún problema de autoestima. El auto estima una forma de pensar positivamente, una motivación para experimentar diferentes perspectivas de la vida, de enfrentar retos, de sentir y actuar qué implica que nosotros nos aceptemos, respetemos, confiemos y creamos en nosotros, en el cuidado paliativo los problemas de autoestima son comunes debido a los cambios físicos y limitaciones funcionales que van presentando en la evolución de la

enfermedad que presentan, por lo que es importante una valoración periódica periódica.

5.2.PROBLEMAS EMOCIONALES

PROBLEMAS EMOCIONALES	NUMERO	PORCENTAJE
Si	76	79%
No	11	12%
A veces	9	9%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

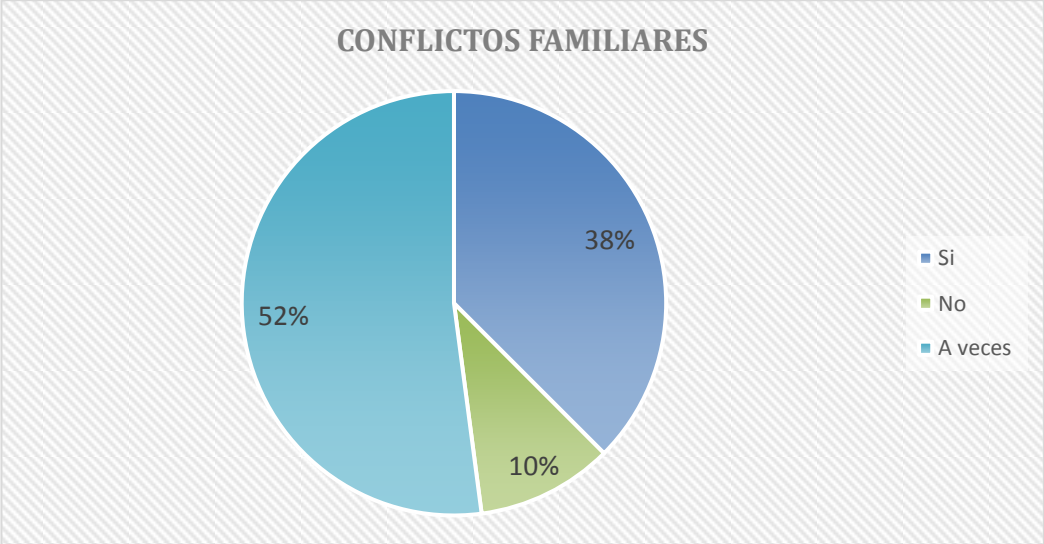
Interpretación y Análisis

En el cuidado paliativo es importante tratar los problemas emocionales de los pacientes, Según los resultados la mayor parte de los encuestados representados por el 79% sufren de problemas emocionales, el 12% no los sufre y el 9% restantes rara vez presenta este tipo de problemas. Los problemas emocionales se presentan por sentirse amenazados por su integridad y por el sentimiento de impotencia para hacer frente a su problema de salud, el apoyo y acompañamiento ayuda a llegar a un estado de bienestar.

.

5.3.CONFLICTOS FAMILIARES

CONFLICTOS FAMILIARES	TOTAL	PORCENTAJE
Si	36	38%
No	10	10%
A veces	50	52%
TOTAL	**96**	**100%**



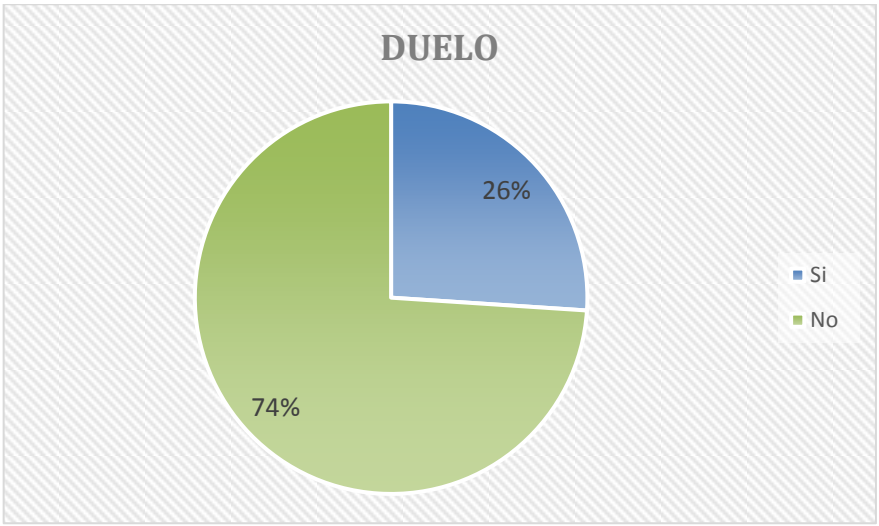
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

Observamos los resultados obtenidos tenemos que el 52% tienen a veces problemas familiares, mientas que el 38% si tienen, el 10% restante no sufre ningún tipo de problemas con la familia. En los conflictos familiares la presencia de una enfermedad terminal en uno de los componentes de la familia provoca una situación de crisis en la estabilidad familiar, por lo que es importante brindar una atención integral al paciente paliativo y su familia.

5.4.DUELO

DUELO	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	25	26%
No	71	74%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis.

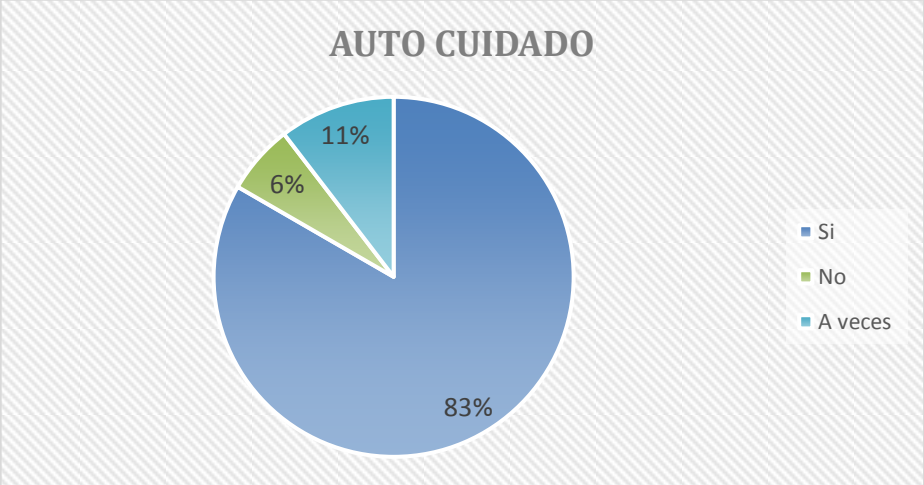
El duelo es la respuesta que toda persona tiene frente a unas determinadas situaciones dolorosas. Por lo general está directamente relacionado con la pérdida de un ser querido. De acuerdo al grafico observamos que el 74% de las personas encuestadas no ha experimentado lo que es el duelo, mientras que el 26% restante si ha pasado por esas circunstancias. Es importante brindar cuidado capaz de establecer una serie de pautas y rutinas, muy efectivas para llevar un duelo natural de aceptación, capaz de preparar a las personas a continuar con la vida.

4.1.2. Razón práctica.- Reflexionar acerca de la planificación de la propia vida. Poder formar una concepción de bien.

Tabla 6

6.1.AUTO CUIDADO

AUTO CUIDADO	TOTAL	PORCENTAJE
Si	80	83%
No	6	6%
A veces	10	11%
TOTAL	**96**	**100%**



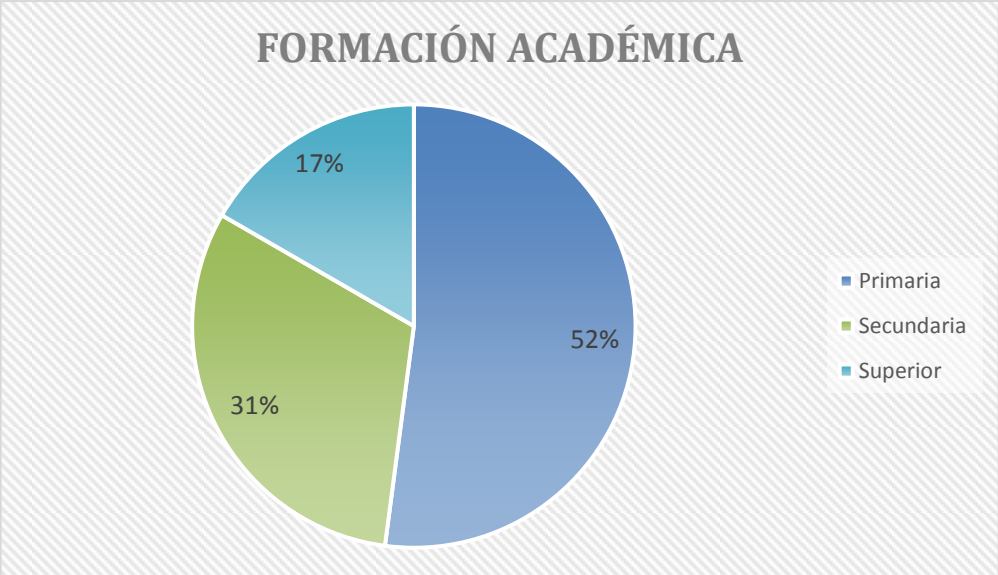
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

El auto cuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo y para sí mismo, por lo que observamos que la mayor parte que es el 83% si cuida de sí mismo, un 11% a veces se ha preocupado por su auto cuidado y un 6% definitivamente no se preocupan por su cuidado. En pacientes paliativos es necesario mantener y motivar al autocuidado pata lograr el propósito de mantener nuestro propio bienestar y mejorar la calidad de vida.

6.2.FORMACIÓN ACADÉMICA

FORMACIÓN ACADÉMICA	TOTAL	PORCENTAJE
Primaria	50	52%
Secundaria	30	31%
Superior	16	17%
TOTAL	**96**	**100%**



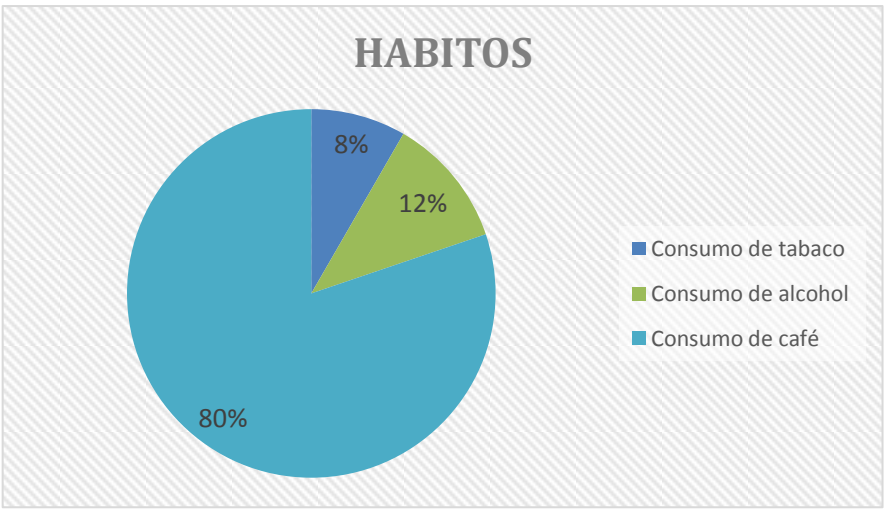
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

La formación académica es un conjunto de conocimientos adquiridos, los cuales son una herramienta que te ayudarán a desarrollar competencias y habilidades necesarias De acuerdo a la encuesta realizada en base a la formación académica, observamos que la mayor parte de los encuestados representado por el 52% han culminado tan solo la primaria, el 31% han cruzado la secundaria y finalmente tan solo un 17% tienen una formación académica superior.

6.3.HÁBITOS

HÁBITOS	TOTAL	PORCENTAJE
Consumo de tabaco	8	8%
Consumo de alcohol	11	12%
Consumo de café	77	80%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

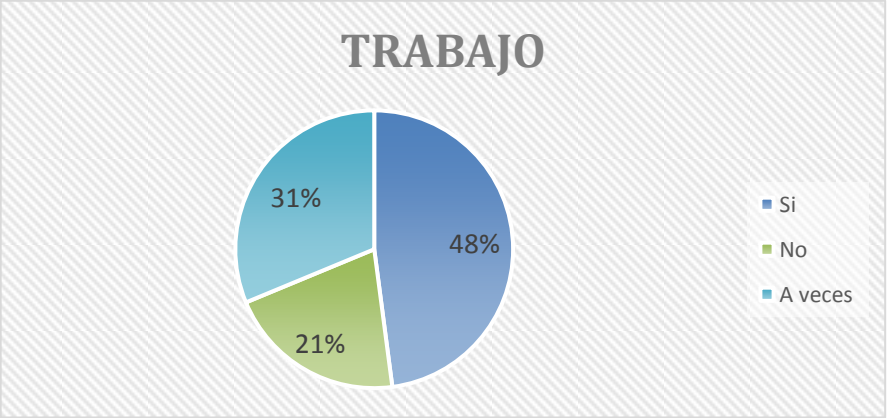
En los hábitos de las personas, observamos que el 80% tiene el hábito de consumir café, el 12% posee el hábito de consumir alcohol y finalmente el 8% restante consume tabaco. Los buenos hábitos de salud pueden permitirle evitar una enfermedad o complicaciones de salud y sobre todo mejorar su calidad de vida. Por lo que dentro de los cuidados paliativos es necesario cambiar o mejorar los hábitos que poseen para así evitar complicaciones o efectos indeseables en su estado de salud.

4.1.3. Afiliación.- Poder vivir por y para los demás, disponer de las bases para no sentir humillación y si respeto por mismos. Ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. Disponer de las bases sociales necesarias para no sentirnos humillados y sintamos respecto por nosotros mismo, que se nos trate con dignidad. Introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.

Tabla 7

7.1.TRABAJO

TRABAJO	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	46	48%
No	20	21%
A veces	30	31%
TOTAL	**96**	**100%**



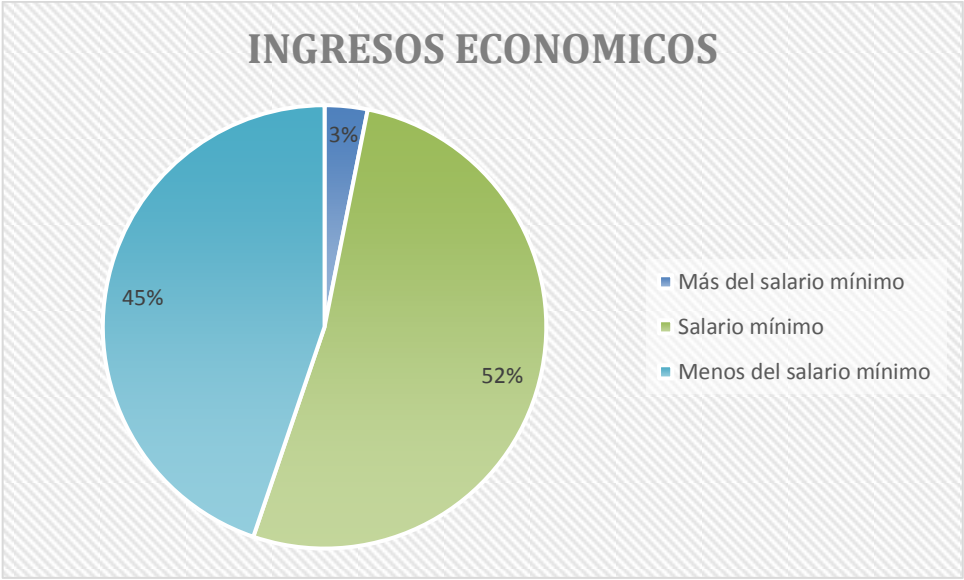
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos

Interpretación y Análisis

De acuerdo como resultados la mayor parte de los encuestados que son el 48% trabajan, el 31% trabajan en ciertas ocasiones y el 21% restante no trabaja. El trabajo es un rol básico y central en la vida para los seres humanos para sentirse productivos e independientes permite la satisfacción de necesidades económicas y por su interrelación con otras áreas de la vida.

7.2.INGRESOS ECONÓMICOS

INGRESOS ECONOMICOS	NUMERO	PORCENTAJE
Más del salario mínimo	3	3%
Salario mínimo	50	52%
Menos del salario mínimo	43	45%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

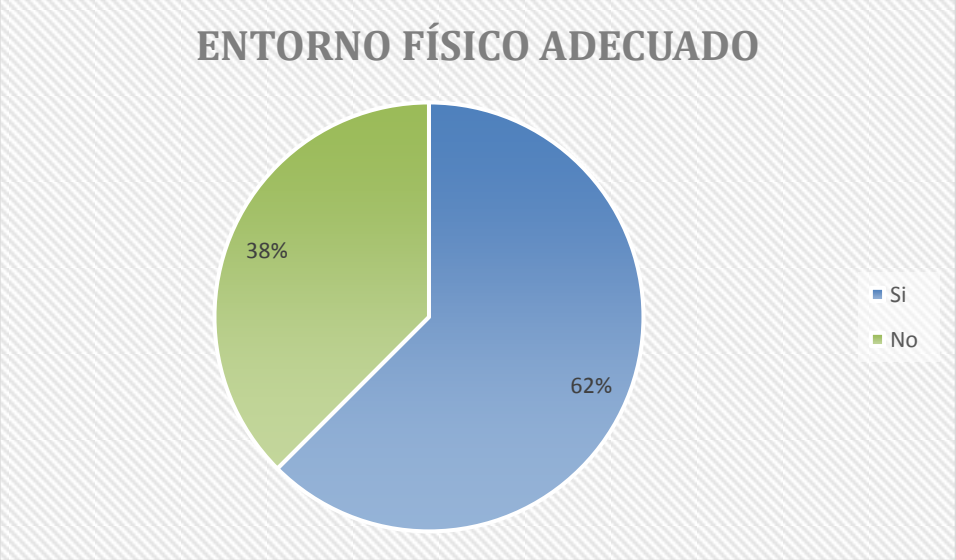
De acuerdo a los ingresos económicos, el 52% su ingreso económico es tan solo del salario mínimo, el 45% recibe menos del salario mínimo y el 3% restante su ingreso económico es mayor al salario mínimo. los ingresos econimicos sin duda es uno de los elementos más esenciales para la econimia del hogar, para personas que atraviesan con una enfermerdad degenerativa es escencial contal con un ingreso económico que cubra las necesidades que demanda un tratamiento paliativo.

4.1.4. OTRAS ESPECIES.- Vivir con animales, plantas y entorno natural de una manera próxima y respetuosa

Tabla 8

8.1.ENTORNO FÍSICO ADECUADO

ENTORNO FÍSICO ADECUADO	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	60	62%
No	36	38%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

Según el entorno físico adecuado el 62% si cuenta con un entorno físico adecuado en donde se relaciona y sentirse a gusto, mientras que el 38% restante no cuenta con un entorno físico adecuado para el estado de salud que presenta

8.2.CONFLICTOS COMUNITARIOS

Conflictos Comunitarios	NUMERO	PORCENTAJE
Si	6	6%
No	80	83%
A veces	10	11%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis:

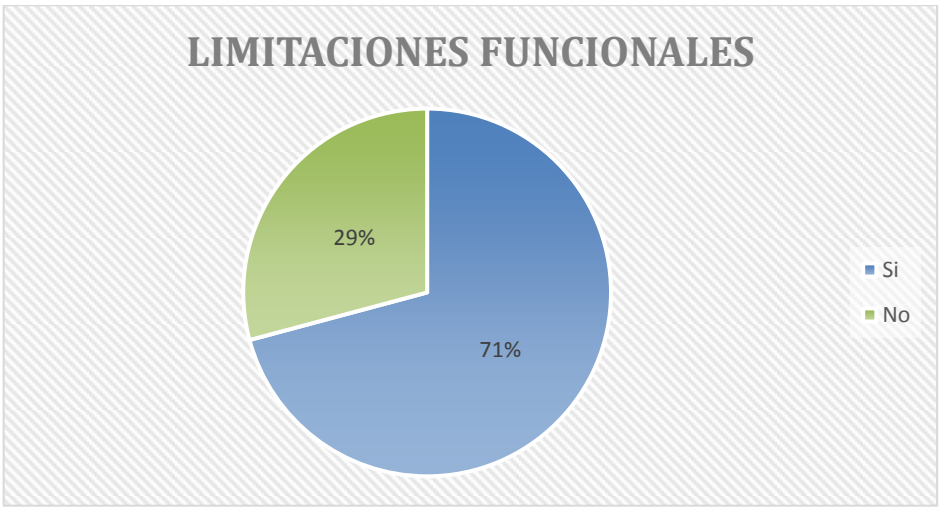
Sobre conflictos comunitarios tenemos que el 83% vive en armonía con su comunidad sin ningún problema y con respeto, mientras que el 11% no puede decir lo mismo pues manifiesta si tener conflictos comunitarios y el 6% restante asegura tener conflictos comunitarios muy rara vez.

4.1.5. JUEGO.- Disfrutar de actividades recreativas

Tabla 9

9.1.LIMITACIONES FUNCIONALES

LIMITACIONES FUNCIONALES	TOTAL	PORCENTAJE
Si	68	71%
No	28	29 %
TOTAL	**96**	**100%**



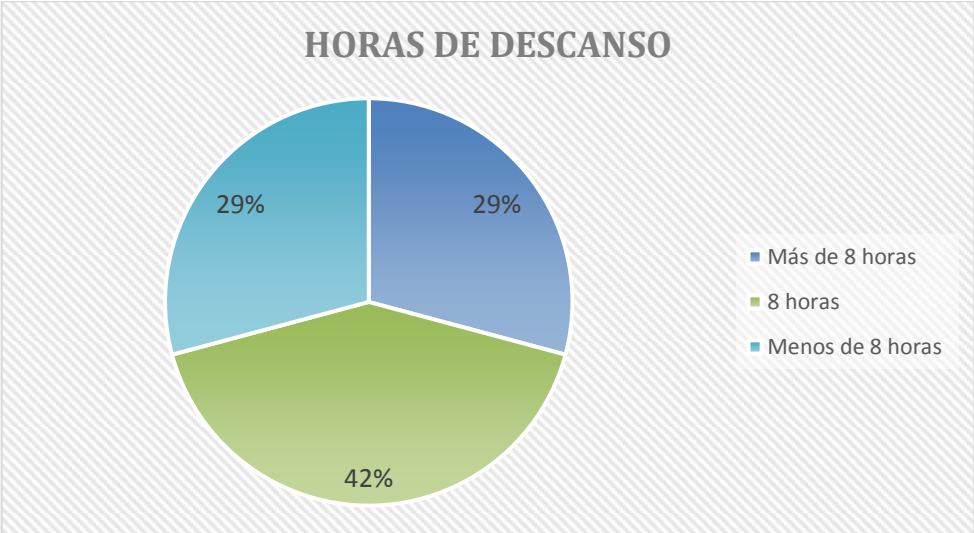
Elaborado Por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

De acuerdo a las limitaciones funcionales la mayor parte es decir el 71% manifiestan tener ninguna limitación funcional, mientras que el 29% dice no tener limitaciones. En patologías degenerativas o el envejecimiento provoca en el individuo padezca de alguna disfunción en el aparato locomotor sufren pérdidas o anormalidades que producen limitaciones permanentes o temporales, por lo que una valoración y acción adecuada mediante terapias mejora la calidad de vida.

9.2.HORAS DE DESCANSO

Horas de descanso	NÚMERO	PORCENTAJE
Más de 8 horas	28	29%
8 horas	40	42%
Menos de 8 horas	28	29%
TOTAL	**96**	**100%**



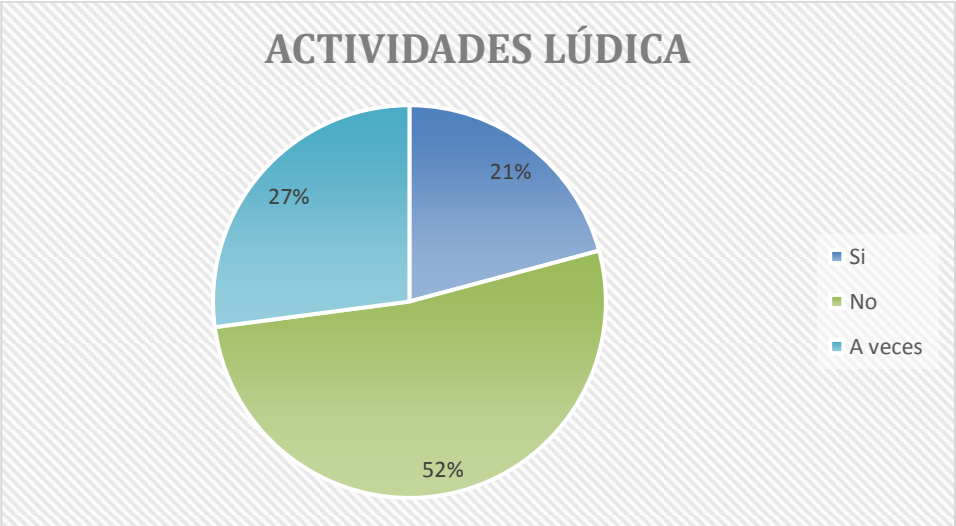
Elaborado Por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

En horas de descanso tenemos que el 42% de las personas encuestadas descansa 8 horas diarias, el 29% más de 8 horas y finalmente el 29% restante descansan menos de 8 horas al día. Durante las diferentes fases de descanso, los tejidos del cuerpo se reparan, las hormonas se segregan, y la energía del cuerpo se restaura. Por ello, dormir lo suficiente es fundamental para la salud y bienestar.

9.3.ACTIVIDADES LÚDICA

Actividades Lúdicas	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	20	21%
No	50	52%
A veces	26	27%
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

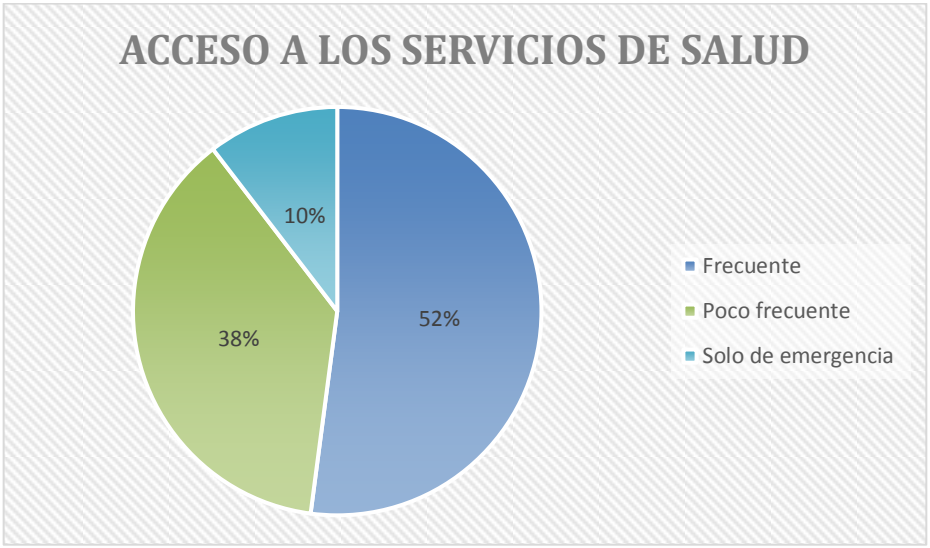
El 52% de las personas encuestadas no realizan actividades lúdicas, el 27% las realiza pero con poca frecuencia y finalmente el 21% afirma realizar actividades lúdicas con frecuencia. Las actividades lúdicas son importantes para el desarrollo físico, sirven como terapias, para el fomentar la comunicación, contribuyen a la expansión de necesidades y pueden ser utilizados para crear un ambiente de armonía.

4.1.6. CONTROL SOBRE EL PROPIO ENTORNO.- POLÍTICO Y MATERIAL. Participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y asociación. Poder poseer propiedades y derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas con tener derecho a buscar trabajo en un plan de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a riesgos y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, es capaz de trabajar con seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras.

Tabla 10

10.1.TIENE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD	NUMERO	PORCENTAJE
Frecuente	50	52%
Poco frecuente	36	38%
Por emergencia	10	10%
TOTAL	**96**	**100%**



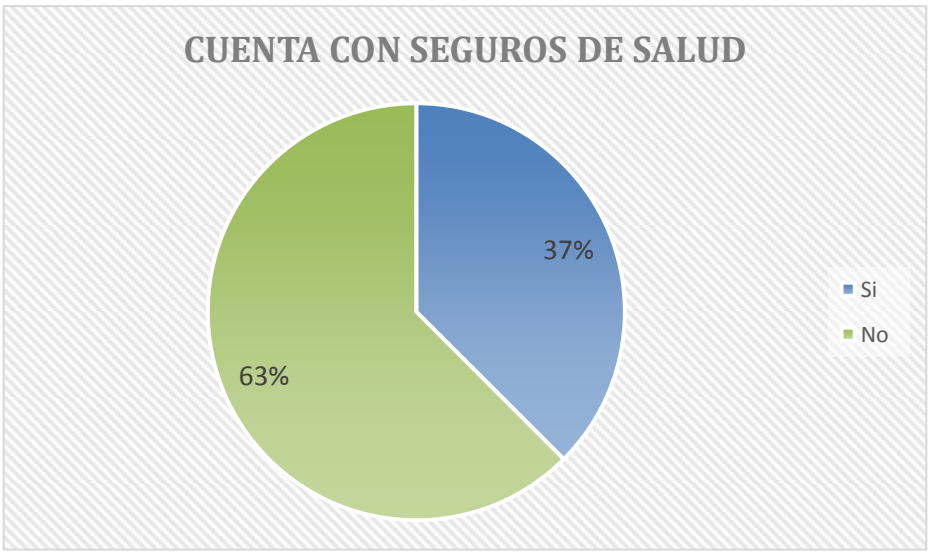
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

Accesibilidad a los servicios de salud observamos que 52% acude con frecuencia por si cuenta con el los servicios de, un 38% tiene muy poco frecuente a estos servicios y tan solo el 10% acuden en situaciones de emergencia a los servicios de salud. La importancia de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas accedan a los servicios de salud por un tratamiento continuo y preventivo con medicación necesaria y cuidado adecuado a su patología, evita complicaciones y mejora su calidad de vida.

10.2.CUENTA CON SEGUROS DE SALUD

SEGUROS DE SALUD	NUMERO	PORCENTAJE
Si	36	37%
No	60	63%
TOTAL	**96**	**100%**



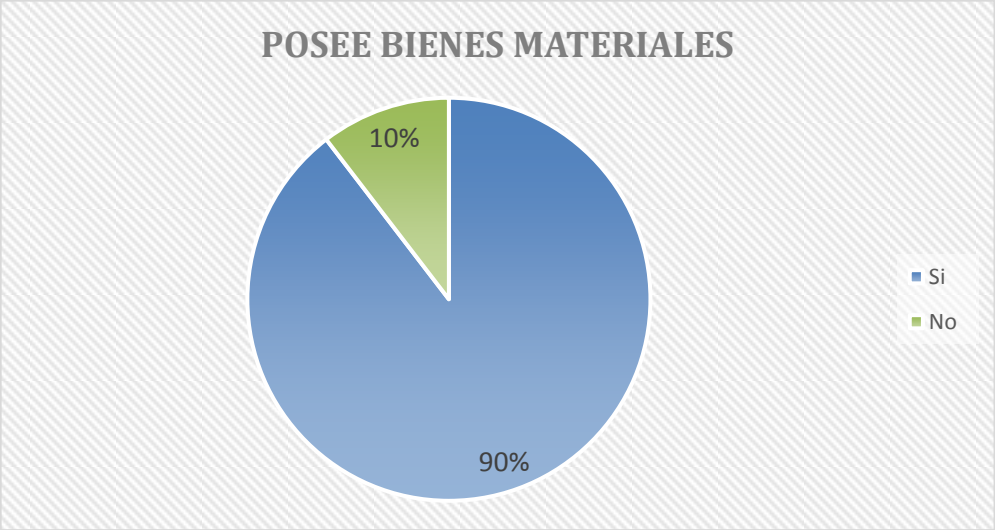
Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis

De acuerdo a la información sobre seguros de salud observamos que el 63% de la población encuestada no cuenta con algún tipo de seguros de salud y tan solo el 37% manifestó contar con este tipo de servicio.

10.3.POSEE BIENES MATERIALES

BIENES MATERIALES	NUMERO	PORCENTAJE
Si	**86**	**90%**
No	**10**	**10%**
TOTAL	**96**	**100%**



Elaborado por: Valeria García y Andreina Ramos.

Interpretación y Análisis:

Según la encuesta realizada sobre poseer bienes materiales, observamos que el 90% de las personas si posee bienes materiales, mientras que el 10% restante no posee ningún bien material. Poseer vienes materiales hace referencia a tener una vivienda adecuada esencial que garantizar el derecho a la familia, a la vida privada, a la seguridad personal, a la salud y, en definitiva, para asegurar el derecho a la vida.

4.1.7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS CONFORME A LOS 10 ENUNCIADOS MODELO DE MARTHA NUSSBAUM

Las cualidades de análisis de las capacidades fueron tomadas de los enunciados establecidos por el modelo de Martha Nussbaum, quien considera que una capacidad es una oportunidad, determinando que una persona es única con deferentes necesidades y recursos para la satisfacción de las mismas.

Este cuestionario consta de 43 ítems cerrados que exploran las necesidades tanto físicas, psicológicas, sociales como culturales relacionados al cuidado paliativo.

Las capacidades humanas que enuncia Nussbaum son las siguientes:

- Vida
- Salud física
- Integridad física
- Sentimientos, imaginación, pensamientos
- Emociones
- Razón practica
- Afiliación (con otros seres humanos)
- Otras especies (animales, plantas,etc)
- Juegos
- Control sobre su propio entorno político y material

Considerando que para la valoración se distinguen tres tipos de capacidades:

- **Las internas**: como la educación o la preparación para el trabajo
- **Las combinadas**: libertad de elegir de elegir
- **Las básicas**: que hacen posible el desarrollo de la persona, que su potencial no se desperdicie, basado en la dignidad humana.

Relacionado a la **capacidad vida** en la mayor parte de la encuesta global revelo que pertenecen al rango de edad de 60 años en adelante, es decir en su mayoría atraviesan por la última etapa del ciclo vital que es el envejecimiento, en el cual tienen que afrontar cambios tanto físico como psicológicos, con

enfermedades de pronóstico de vida provocan vulnerabilidades que ponen en riesgo el cumplimiento de este ciclo, acortarían este proceso, y afectarían a la persona en cualquier edad. En relación al problema de salud más frecuente son enfermedades relacionadas al sistemas respiratorio como es la EPOC, es segundo Hipotensión, seguida de Enfermedades Renales y en cuarto lugar tenemos a la Diabetes, por lo siguen tratamiento farmacológico con las de 5 medicamentos diarios para el aumento de la esperanza de vida, pero el riesgo de interacciones entre los medicamentos se incrementa. Correspondiente a la satisfacción de vida la mayoría no ha logrado cumplir con los sus objetivos personales pero han logrado disfrutar de la vida hace frente a problemas de su apropiado condición.

Relacionado con la **capacidad salud física** la nutrición es impórtate para gozar una buena salud por lo que una alimentación adecuada y balanceada es necesaria en el cuidado paliativos, la pérdida de apetito es un síntoma común debido a los efectos secundario de medicamentos, por déficit de líquidos o por problemas para la ingesta, contribuyen a alteraciones de la salud corporal, también, a presentar varios cambios físicos evidentes.

Integridad física una vez analizado la encuesta en base a esta categoría encontramos, problemas respiratorios, problemas de movilidad en su gran mayoría por la poco práctica de ejercicio por su edad y por la condición de salud que presenta acompañado de malestar físico, en la higiene personal la mayoría lo realiza diariamente, por eso la importancia de conservar y promover la higiene personal en este tipo de pacientes.

.

Sentimientos, imaginación y pensamientos según los datos obtenidos del análisis que en la gran mayoría son de religión católica, por lo que no presenta conflictos con su terapia y creencias, se sienten conformes con la enfermedad y en un porcentaje mínimo se resigna a al problema de salud en pacientes de cuidados paliativos es importante lograr un comprensión clara sobre su el

problema de salud que atraviesan, El afrontamiento la expresión de sentimientos y pensamientos ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad. En realcion al dolor su valoracion es de forma subjetiva, debido a que cada persona expresa de diferentes maneras, en pacientes paliativos esun síntoma común, presentan dolor moderado, de fácil localización, y tratable con medicamentos.

En relación a la **capacidad Emociones,** una vez analizada, es lógico que una nueva etapa vital conlleve unos cambios de comportamiento y las emociones son reacciones mediantes las cuales nos expresamos y pueden ser : alegría, tristeza, miedo, ira. Los cambios físicos y limitaciones funcionales que van presentando en la evolución de la enfermedad también se presentar conflictos familiares y a la presencia de una enfermedad terminal provoca una situación de crisis en la estabilidad familiar, por lo que es importante brindar un atención integral al paciente paliativo y su familia. En la estapa de duelo importante brindar cuidado capaz de establecer una serie de pautas y rutinas, muy efectivas para llevar un duelo natural de aceptación, capaz de preparar a las personas a continuar con la vida.

Razón práctica para reflexionar acerca del auito cuidado en pacientes paliativos es necesario mantener y motivar al autocuidado pata lograr el propósito de mantener nuestro propio bienestar y mejorar la calidad de vida. Los buenos hábitos de salud pueden permitirle evitar una enfermedad o complicaciones de salud y sobre todo mejorar su calidad de vida. Poder formar una concepción de bien la formación académica es una herramienta que te ayudarán a desarrollar competencias y habilidades necesarias, de acuerdo a la encuesta realizada en base a la formación académica, observamos que la mayor parte de los encuestados representado han culminado tan solo la primaria.

Relacionado a la capacidad **Afiliación** según los resultados obtenidos en la encuesta, la mayoría cuentan con un trabajo, tiene un ingreso económico del

salario minino,y no cubre los gastos en este tipo de tratamientos demanda , obligado a ser dependientes de otras personal para cubrir los gastos del hogar y sus tratamientos.

Otras especies (animales, plantas, entorno) en base a esta categoría encontramos que en su gran mayoría tiene un entorno físico adecuado a sus condiciones y limitaciones y se encuentran en completa colaboración con su entorno comunitario.

Juegos una vez analizado lo datos obtenido en esta categoría, presentan limitaciones funcionales impidiendo realizar actidad física, por lo que como alternativa realicen actividades lúdicas que le ayudan a su comunicación y socialización.

Control sobre su propio entorno político y material en esta categoría después del análisis de datos encontramos que la mayoría no cuenta con un seguro de salud, por lo que acuden por servicio al sistema nacional de salud, poeseer viene matariales hace referencia a tener una vivienda adecuada esencial que garantizar el derecho a la familia, a la vida privada, a la seguridad personal, a la salud y, en definitiva, para asegurar el derecho a la vida.

4.2. Resultado según objetivo II

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES

El bienestar es ahora una valoración de las condiciones de vida constituidas por los funcionamientos. Estas son hechos de vida personal, efectivos y no meramente hipotéticos, y por lo tanto aspectos constitutivos de la manera en que la persona vive.

Obviamente no ocurre un solo funcionamiento cada vez, sino que la persona funciona simultáneamente de muchas maneras: esta alimentado, y sano, y protegido, y lee, y viaja, y participa en la sociedad, etc. Su vida puede ser contemplada así mediante este conjunto de funcionamientos sean meros expedientes útiles para hacer una descripción, sino que son integrantes mismos de esa forma de vida: "la vida dice Sen, puede considerarse como un conjunto de funciones interrelaciónales, consistente es estado y acciones.

Este nuevo proceso de atención de enfermería se basa en los 10 funcionamientos centrales para cualquier ser humano según Nussbaum , busca realizar una valoración más ordenada, prioritaria de orden óptica a las alteraciones tanto físicas como emocionales así también de sus funcionamientos y capacidades que permita intervenciones de manera oportuna y adecuada, contribuyendo al bienestar individual y familiar otorgando un tratamiento hacia una muerte digna. **(CPSEC, 2018)**

CAPACIDADES ENUNCIADAS	CATEGORÍAS DE VALORACIÓN

POR MARTHA NASSBAUM	
VIDA	**Edad** **Problemas de salud** **Poli-medicación** **Satisfacción en su vida** **Negación de problemas**
SALUD CORPORAL	**NUTRICIÓN:** • Numero de comidas • Ingesta de líquidos • Pérdida de apetito • Problemas para la ingesta **Salud corporal** **Cambios físicos** **Sexualidad** **Lugar de residencia** **Problemas de movilidad**
INTEGRIDAD FISICA	**Problemas respiratorios** **Práctica de ejercicio** **Higiene personal** **Malestar físico**
SENTIMIENTOS, IMAGINACIÓN Y PENSAMIENTO	**Tipos de religión** **Conflictos de las terapias con sus creencias** **Afrontamiento de la enfermedad** **Problemas de comprensión** **Dificultad para la toma de decisiones**
EMOCIONES	**Problemas de autoestima** **Problemas emocionales** **Conflictos familiares** **Dolor** **Duelo**
RAZÓN PRACTICA	**Auto cuidado**

	Hábitos **Formación académica**
AFILIACIÓN	**Trabajo** **Ingresos económicos**
OTRAS ESPECIES	**Entorno físico** **Conflictos comunitario**
Juego	**Limitaciones funcionales** **Horas de descanso** **Actividades lúdicas**
CONTROL SOBRE SU PROPIO ENTORNO POLÍTICO Y MATERIAL	**Acceso a servicios de salud** **Cuenta con seguros de salud** **Posee bienes materiales**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO PALIATIVO SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES (CPSEC, 2018)

Valoración	Problema	Diagnostico	Intervención	Principio científico	Evaluación
Relacionado a la Capacidad vida.	✓ Edad ✓ Problemas de salud	**P.** Alteración del cuidado en la capacidad vida **R/C.** Edad **M/P.** Problemas en la salud**.** (enfermedades crónicas degenerativas)	Realizar una valoración la edad y sexo del paciente Orientar al paciente la importancia de los chequeos médicos de rutina.	Para una mejor comprensión de su estado de salud es necesario realizar una valoración en edad y sexo ya que esto permite la planificación de técnicas de enseñanza aprendizaje. Brindar la educación al paciente nos ayuda a la colaboración en la prevención de complicaciones y a brindar cuidados oportunos. Ante cualquier alteración de las funciones fisiológica del	Logramos que el paciente acepte y reconozca su patología, que demuestre tranquilidad y este consiente que su enfermedad demanda de muchos cuidados, que respete los horarios de medicación, manejar las posibles complicaciones que se pueda

			Enseñar al paciente los signos de alerten el curso normal de su patología. Enseñar al paciente o familia en CP la sobre la importancia del auto cuidado	paciente en CP deberá acudir al establecimiento de salud, y de esta manera evitara complicaciones que alteren la capacidad de vida del paciente. Permite que adquieran responsabilidad por el cuidado personal a como con llevando su patología y su nuevo estilo de vida que deberá implementar a partir de su diagnostico	presentar a medida que la enfermedad avance. Todos estos cuidados le llevan a estar motivado para cumplir con lo que se ha propuesto en su vida.
Relacionado a la Capacidad de salud corporal.	✓ Alimentación ✓ Poco ingesta de líquidos ✓ Estado nutricional	**P.** Alteración de la capacidad de salud corporal **R/C.** alimentación inadecuada y falta de	Controlar el peso y talla del paciente. Proporcionar una dieta	El controlar el peso nos ayuda a mantener un peso saludable que es lo correcto para nuestro cuerpo y adecuado en base a nuestra estatura. Una buena nutrición	Hemos logrado que el paciente consuma frutas de temporada, una dieta con el aporte calórico adecuado a las necedades de

		consumo de líquidos **M/P.** estado nutricional (piel seca)	adecuada con buen aporte nutricional. Mantener Hidratado al paciente. Aplicar cremas hidratantes en la piel del paciente.	suficiente y equilibrada es un elemento fundamental para mantener una buena salud. El cuerpo humano depende del agua para sobrevivir ya que una de sus funciones a cumplir con ayuda del agua es mantener la temperatura, eliminar los desechos y lubricar las articulaciones. La piel es el mayor órgano del cuerpo humano que actúa como barrera protectora aislando al organismo del entorno que lo rodea, a medida que pasa el tiempo	cada paciente. Recibiendo una alimentación con buen aporte nutricional y mejorando el estado actual de su salud

				esta pierde la capacidad de retener agua por lo que se reseca con gran facilidad, las cremas hidratantes son quienes aportan la combinación necesaria para mantener la piel sana, suave y humectada.	
Relacionado a la Capacidad de integridad física	Deterioró musculo esquelético Problemas de movilidad Problemas respiratorio	**P.** Deterioro de la de la integridad física **R/C.** La pérdida muscula esquelética. **M/P.** problemas de movilidad	Observar el grado de movilidad de las articulaciones principales. Aconsejar al paciente la utilización de un calzado adecuado que facilite su deambulación	El valorar el grado de movilidad del paciente nos permitirá saber la progresión de las disfunciones articulares y según eso realizar el plan de cuidado. Utilizar un calzado inadecuado puede causar problemas en la circulación, deformaciones óseas y fatiga.	Paciente con poca movilidad corporal brindamos una terapia física y una terapia respiratoria, mejorando así el estado actual de salud, en otros casos logramos una Piel humectada e

			Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.	El paciente debe aceptar que necesita ayuda para poder movilizarse evitando de esta manera que sufra accidentes.	integra, acorde a la edad, haciendo que el Paciente se siente protegido y libre de peligros.
			Mantener vías aéreas permeables.	El mantener las vías aéreas permeables es un punto importante dentro de la atención del paciente puesto que no se dificultara el paso del aire a los pulmones.	
			Realizar terapia respiratoria para el paciente.	La terapia respiratoria es un conjunto de técnicas y procedimientos para el manejo de enfermedades respiratorias, al aplicarlas ayudan en el fortalecimiento	

			Educar al paciente y a la familia sobre no fumar.	y restauración de la función pulmonar. El cigarrillo es el principal factor de riesgo para adquirir problemas respiratorios incluyendo un cáncer de pulmón.	
Relacionado a la capacidad: sentimientos, imaginación y pensamientos	✓ Conflicto de la terapia con sus creencias ✓ Relaciones sociales ✓ Dificultad de tomar decisiones ✓ Dolor	**P.** Conflicto de la capacidad sentimientos, imaginación y pensamientos **R/C.** dolor agudo **M/P.** Informe verbal Gestos de	Orientar al paciente sobre la enfermedad y su tratamiento Valoración del dolor con	El estar informado sobre su enfermedad será más fácil identificar sus problemas de salud y dolencias en general para poder erradicarlas. La estácala EVA permite	Conseguimos que el paciente este tranquilo estable con control del dolor, informado y educado sobre su enfermedad y las complicaciones y cambios que pueden surgir.

		protección	escala EVA Control de signos vitales Administración de analgésicos	medir la intensidad del dolor que describe el paciente mediante una línea horizontal de 10 centímetro, en cuyos extremos se encuentran expresiones extremas de un síntoma El control de signos vitales permite evaluar alteraciones y poder actuar a tiempo Ayuda a eliminar la sensación del dolor mediante el bloqueo artificia de las vías de transmisión del mismo y o de los mediadores dolorosos	
Relacionado a la Capacidad emocional	✓ Problemas emocionales ✓ Problemas de	**P.** Alteración de la capacidad emocional	Brindar apoyo psicológico	Este tipo de apoyo es primordial por lo que permite mantener la estabilidad	Hemos alcanzado que el paciente tenga un bienestar

	auto estima	**R/C.** Problemas de autoestima **M/P.** Ansiedad Preocupación	Interactuar con el paciente: apoyo emocional	psíquica en las personas con CP y su participación activa en los planes de cuidado. El apoyo emocional proporciona seguridad en el paciente en relación a la atención de enfermería, teniendo como resultado una cooperación del mismo hacia los cuidados que se debe realizar y por ende disminuye la ansiedad y la preocupación	emocional, que le permite sentirse libre de expresar sus sentimientos hacia los demás, otorgándole una sensación tranquila y ausente de ansiedad que deteriores su salud.
Relacionado a la Capacidad de razón practica	✓ Autocuidado ✓ Problemas en la conducta ✓ Confusión ✓ Deterioro de la	**P.** Conflicto con la capacidad razón practica **R/C.** Nivel de conocimiento	Favorecer la relación con otras personas con intereses y objetivos comunes.	El relacionarse con otras personas con los mismos intereses de superación motivara al paciente a querer ser mejor cada día.	Nos hemos permitido legar que el paciente este consiente de su patología,

	atención	**M/P.** Problemas en la conducta	Animar a expresar sentimientos, miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva Realizar técnicas de relajación.	Poder expresar lo que sentimos es quitarnos un peso de encima pues la comunicación con alguien puede favorecer a la resolución de problemas. La técnica de relajación ayuda a la persona a disminuir la tensión física y mental permitiendo que el individuo almacene un mayor nivel de calma.	logrando que se exprese como una oportunidad para cumplir sus sueños y deseos. De la cual emita opiniones y alternativas que logren el bienestar para su cuidado.
Relacionado a la Capacidad de afiliación	✓ Dependencia ✓ Desempleo ✓ Recursos económicos	**P.** Perdida de la capacidad afiliación **R/C.** Desempleo **M/P.** depresión,	Brindar apoyo psicológico al paciente y a la familia.	Dar a entender al paciente y a la familia que no están solos, a saber sobrellevar la enfermedad.	Logramos que el paciente se sienta involucrado como un miembro más de la casa de salud. También logramos

		ansiedad	Realizar ejercicios de autorrealización Realizar terapia ocupacional.	La autorrealización es la tendencia que tenemos los seres humanos para desarrollar al máximo nuestro propio talento y capacidades lo que hace que nos sintamos satisfechos. La terapia ocupacional es muy importantes en el desarrollo de la salud de las personas que necesitan recuperar su vida de forma habitual.	que los espacios que dispone sean de cálida atención. Como también hacemos que el trato sea justo y equitativo sin importar condiciones físicas y sociales, descartando el ego social que nos atañe
Capacidad otras especies (Vivir con animales, plantas y entorno natural de una manera próxima	✓ Entorno físico inadecuado ✓ Prevención de accidentes. ✓ Problemas para la movilidad	**P.** Riesgo de lesiones física **R/C.** Entorno físico inadecuado **M/P.**	Valorar su nivel de movilidad y realizar plan de cuidado.	La valoración del paciente nos permitirá saber el estado actual en el que se encuentra, cuanta movilidad tiene y poder realizar y aplicar los cuidados más adecuados.	Desarrollamos en el paciente un momento estable con movimientos limitados pero ambulatorios.

y respetuosa)	✓ Dependencia de alguien para su movilidad	Dependencia para su movilidad	Orientar acerca de la realización de ejercicios pasivos con ayuda del personal o familia. Brindar un entorno confortable eliminando los obstáculos para el paciente. Motivar al paciente a que deambule mencionándole la importancia que tiene el ejercitarse.	Los ejercicios ayudan a aumentar el vigor muscular, mejoran la coordinación y disminuyen la rigidez. Al eliminar los obstáculos presentes en el entorno donde se desenvuelve el paciente evitaremos accidentes y facilitaremos su movilización. La técnica aplicada para caminar son con el fin de mejorar la marcha y la tendencia a inclinarse hacia delante, también caminar	Que se relacione con su ambiente familiar, donde le permita mejora su estado emocional, permitiendo que siente tranquilo en su hogar, y que por un momento su espacio familiar sustituya las afectaciones de su enfermedad.

				ayudara al balanceo de brazos y hombros.	
Capacidad juego	✓ Horas de descanso ✓ Actividades de ocio nulas. ✓ Limitación funcionales	**P.** Déficit de la capacidad juego **R/C.** Actividades de ocio nulas **M/P.** Mal humor Aburrimiento	Brindar apoyo emocional Orienta al usuario a identificar los factores estresantes y evitarlos. Mantener al usuario en un ambiente tranquilo.	El apoyo emocional es la capacidad de hacer sentir al usuario querido, útil, escuchado, proporcionándole bienestar. El estrés agota los nutrientes del cuerpo y afecta a su funcionamiento. El estar en un ambiente cómodo, confortable y tranquilo ayuda a que el paciente se sienta anímicamente bien manteniendo la ideología de que debe mejorar su salud.	Hemos alcanzado que el paciente este tranquilo y colaborador en su tratamiento realice actividades lúdicas para mejorar su autoestima y sentirse una persona autónoma.

			Planificar los cuidados respetando el horario de sueño.	Es necesario respetar las horas de sueño pues esto ayuda a nuestro cerebro a almacenar todo lo aprendido durante el día, evitar problemas metabólicos y cambio en el estado de animo	
Capacidad de control sobre su propio entorno político y material	✓ Conflictos sociales ✓ Acceso a servicios de salud	**P.** Alteración de la capacidad de control sobre su propio entorno político y material **R/C.** Creencia culturales Valores culturales Prácticas religiosas	Brindar apoyo emocional a la familia y al enfermo Fomentar la comunicación.	Apoyar al paciente y a la familia es indispensable para que puedan aceptar la enfermedad y de esta manera colaborar en su tratamiento. La comunicación nos permite trasmitir lo que sentimos o pensamos, intercambiando ideas y mejorando la toma de decisiones.	Hemos alcanzado que el paciente tenga acceso a los servicios de salud como de medicación y colabore a su cuidado respetando sus creencias y valores, se siente inconforme pues

		M/P. Conflictos sociales	Respetar los valores y creencias del paciente. Informar al paciente y a su familia sobre el tratamiento a aplicarse respetando su condición económica y social.	Cada persona tiene el derecho de elegir su cultura, creencias y valores y deben de ser respetados. Aplicar el consentimiento informado es una de las políticas de cada hospital puesto que el paciente o la familia deben estar de acuerdo con los tratamientos o acciones que se le aplicaran.	manifiesta que no todo los medicamentos están a su alcance y es limítate de la atención que brinda el hospital al que acude por atención, pues no existe una área especializada de cuidado paliativo.

4.3.RESULTADOS ESPERADOS

El trabajo investigativo se ejecutado con pacientes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro que presentan patologías crónico degenerativas, uno de ellos internado en el área de medicina interna y otro un paciente ambulatorio, en los cuales aplicamos el **Proceso de atención de enfermería según el enfoque de capacidades,** logrando cumplir con los resultados esperados dentro del mismo.

Indicadores	Propósito según Martha Nussbaum	Resultados
a. Vida	Vivir una vida de duración normal. No morir de forma prematura o antes de que la vida se vea tan consumida que no valga la pena vivirla.	Logramos que el paciente acepte y reconozca su patología, que demuestre tranquilidad y este consiente que su enfermedad demanda de muchos cuidados, que respete los horarios de medicación, manejar las posibles complicaciones que se pueda presentar a medida que la enfermedad avance. Todos estos cuidados le llevan a estar motivado para cumplir con lo que se ha propuesto en su vida.

b. Salud corporal	Ser capaces de gozar de una buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.	Hemos logrado que el paciente consuma frutas de temporada, una dieta con el aporte calórico adecuado a las necesidades de cada paciente. Recibiendo una alimentación con buen aporte nutricional y mejorando el estado actual de su salud.
c. Integridad física	Capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos, violencia género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección.	Paciente con poca movilidad corporal brindamos una terapia física y una terapia respiratoria, mejorando así el estado actual de salud, en otros casos logramos una Piel humectada e integra, acorde a la edad, haciendo que el Paciente se siente protegido y libre de peligros.
d. Sentimientos, imaginación y pensamiento	Poder utilizarlos de un modo "verdadera-mente humano". Tener alfabetización y formación matemática y científica básica. Usar la imaginación y el pensamiento para experimentar y producir obras o actos religiosos, musicales o parecidos, según se desee. Usar la mente en	Conseguimos que el paciente este tranquilo estable con control del dolor, informado y educado sobre su enfermedad y las complicaciones y cambios que pueden surgir.

	condiciones protegidas por las garantías de libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. Es disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.	
e. Emociones	Sentir emociones por cosas o personas externas a nosotros o por nosotros mismos. Amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, sentir duelo por ausencia. Poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad.	Hemos logrado que el paciente tenga un bienestar emocional, que le permite sentirse libre de expresar sus sentimientos hacia los demás, otorgándole una sensación tranquila y ausente de ansiedad que deteriores su salud.
f. Razón práctica	Reflexionar acerca de la planificación de la propia vida. Poder por formarse una concepción del bien.	Nos hemos permitido legar que el paciente este consiente de su patología, logrando que se exprese como una oportunidad para cumplir sus sueños y deseos. De la cual emita opiniones y alternativas que logren el bienestar para su cuidado.
g. Afiliación	Poder vivir por y para los demás, disponer de las bases para no sentir humillación y si respeto	Logramos que el paciente se sienta involucrado como un

	por sí mismos. Ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. Disponer de las bases sociales necesarias para no sentirnos humillados y sí tomados con respecto por nosotros mismos, que se nos trate con dignidad. Introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.	miembro más de la casa de salud. También logramos que los espacios que dispone sean de cálida atención. Como también hacemos que el trato sea justo y equitativo sin importar condiciones físicas y sociales, descartando el ego social que nos atañe.
h. Otras especies	Vivir con animales, plantas y entorno natural de una manera próxima y respetuosa.	Desarrollamos en el paciente un momento estable con movimientos limitados pero ambulatorios. Que se relacione con su ambiente familiar, donde le permita mejora su estado emocional, permitiendo que siente tranquilo en su hogar, y que por un momento su espacio familiar sustituya las afectaciones de su enfermedad.
i. Juego	Disfrutar de actividades es recreativas	Hemos alcanzado que el paciente este tranquilo y colaborador en su tratamiento realice actividades lúdicas para

		mejorar su autoestima y sentirse una persona autónoma.
j. Control sobre el propio entorno	Político y material. Participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y asociación. Poder poseer propiedades y derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas con tener derecho a buscar trabajo en un plan de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a riesgos y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar con seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras.	Hemos alcanzado que el paciente tenga acceso a los servicios de salud como de medicación y colabore a su cuidado respetando sus creencias y valores, se siente inconforme pues manifiesta que no todo los medicamentos están a su alcance y es limítate de la atención que brinda el hospital al que acude por atención, pues no existe una área especializada de cuidado paliativo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUCIONES

- Los cuidados paliativos deben diseñarse de acuerdo a las necesidades y preferencias de los pacientes, ya que los seres humanos somos diferentes entre sí y con diferentes capacidades ; en este caso, utilizando el enfoque de capacidades, logramos mejorar la calidad de atención, a los pacientes de cuidados paliatitos, que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro

- El Proceso de Atención de Enfermería, según el Enfoque de Capacidades; influiye para obtener una repuesta positiva, en los pacientes, ya que lo utilizamos para el desarrollar las capacidades y habilidades que tiene la persona, logrando así un estado de bienestar fisico y psicológico , también nos permitió cumplir con los objetivos de los cuidados paliativos de la OMS. como: mejorar la calidad de vida, prevención de sufrimientos innecesarios, reafirmar la importancia de la vida, brindar apoyo psicológico y social; que se considere a la muerte, como algo normal.

- El enfoque de capacidades de MARTHA NUSSBAUM, serve de apoyo para alcanzar una justicia social y en el desarrollo humano, utilizanmos este modelo para realizar la encuesta quien establece 10 enunciado que nos permitieron identificar las necesidades y los recursos básicos para las satisfacción de las mismas. Con un cuestionario contiene 43 ítems cerrados que exploraron las necesidades tanto físicas, psicológicas, sociales como culturales en relación al cuidado paliativo

- Una vez que se analizó y solcializado los resultados obtenidos de la encuesta, logramos identificar que las principales necesidades, de los

pacientes de cuidados paliativos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la cuidad de Guaranda. Están relacionados en su mayoría personas de la tercera edad, residentes en zonas rurales, con ingresos económicos que cumplen con las demandas de su tratamiento, ausencia de seguros de salud, que pueden presentar vulnerabilidad su condición , y que influye significativamente en su autoestima

5.2. RECOMENDACIONES.

- Luego de varios análisis de nuestro trabajo investigativo, logramos que el personal de enfermería, atienda la demanda de salud en los pacientes con cuidados paliativos, utilizando una nueva herramienta; para el Proceso de Atención de Enfermería, según el enfoque de capacidades, la misma que es de gran ayuda; para brindar una atención satisfactoria.

- Nuestra principal recomendación, es utilizar el modelo de Martha Nussbaum ya que es una herramienta, que concibe a cada persona como un fin, en sí mismo, con capacidades para cubrir las necesidades que pueden ser aprovechadas y lograr funcionamientos valiosos, es decir, las posibilidades de que una persona tiene para elegir el tipo de vida, que le resulte valiosa vivirla.

- Con nuestro estudio recomendamos aplicar el proceso de atención de enfermería, según el enfoque de capacidades, debido a que contribuye a la justicia social y al cumplimento de los objetivos del cuidado paliativo según la OMS, se sustenta en los derechos del plan nacional del Buen Vivir.

- Es necesario que los pacientes que tengan enfermedades crónicas degenerativas desde el momento de su diagnóstico reciban intervenciones oportunas como educación sobre su patología, para mejorar la calidad de vida, evitar complicaciones y sufrimientos inseridos.
- Se recomienda al personal de salud, realizar un seguimiento a este tipo de pacientes, para garantizar una vida satisfactoria; que les lleve hacia una muerte digna, animar al equipo de salud y al personal profesional de enfermería, para una activa participación con los pacientes que expresen sus miedos y temores, procurando una relación de confianza y libre de dudas.

- Promover la importancia de crear un área especializada en el hospital Alfredo Noboa Montenegro para la atención de paciente de cuidados paliativos, en donde le tengan acceso a una asistencia de salud integral con un equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFIA

- (FECUPAL). (2014). *"EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DE LA FUNDACIÓN ECUATORIANA DE CUIDADOS PALIATIVOS*. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9257/GLORIA%20TUB%C3%93N-TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1

- (INEC). (2015). *Nacimientos y defunciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2014*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-anuario-de-nacimientos-y-defunciones-2015/

- CarreteroY. (2010). *Posibilidades actuales de la enfermería paliativa*. Obtenido de http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/avances-recientes-en-cuidados- paliativos/05posibilidades-actuales-de-la-enfermeria-paliativa-carretero.pdf

- CPSEC. (2018). *CUIDADOS PALEATIVOS SEGUN EN EFOQUE DE CAPACIDAES VALERIA GARCIA - ANDREINA RAMOS.* GUARANDA: UEDB.

- EL COMERCIO. (05 de 2015). *CONGRESO DE SALUD* . Recuperado el 12 de NOVIEMBRE de 2017, de http://www.elcomercio.com/tendencias/congreso-salud-medicina-universidadcentral-quito.html

- Elizaria, F. J. (2013). 10 Palabras Claves ante la Muerte. En *EL FINAL DE LA VIDA* (págs. 67, 68, 69. 70, 71). España : Verbo Divino .

- Erazo, A. (1934). *La Provincia Bolivar en 1934* . Quito Ecuador : Talleres Graficos Nacionales .

- Fonseca. (2010). *L. Manejo del dolor.* Colombia .

- García, G. A., & Mirón, C. G. (2013). *El enfoque de las capacidades y las competencias transversales en el EEES.* España - Madrid : gloria@um.es .

- GARCIA, V. (11 de JULIO de 2017). ENFOQUE DE CAPACIDADES . *TESIS DE GRADO* . GUARANDA, BOLIVAR, ECUADOR .

- GómezM, S. (2009). *El problema de los enfermos terminales. Guía publicada 2009*. Obtenido de http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=nueve

- Gonzalez, P. 1. (2013). *Monografia de la Provincia Bolivar* . Quito : Talleres Graficos Nacionales.p.90 .

- Gough, I. (2007). *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas* . Madrid : Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global, nº 100.

- Kozier B, E. G. (2001). Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica.. . Madrid: 4º ed.

- Kozzier, G. J. (1999). Fundamentos de enfermería. España: Quinta edición actualizada. Vol.

- Long, P. C. (2004). Enfermería Médico Quirúrgico. Tercera edición. Vol. II. Obtenido de Long, Phipps, Cassmeyer. Enfermería Médico Quirúrgico. Tercera edición. Vol. II. Pág. 170- 478

- Mery, R., TACO, E., & LLUMIGUANO Norma. (2014). *Plan médico funcional del Hospital Dr. Humberto del Pozo 2014.* GUARANDA: UEB.

- MJunín. (2006). *Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avances en Farmacología del dolor.* Obtenido de http://www.simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc017c.pdf

- Nájera, E. (02 de 28 de 2013). *https://www.slideshare.net/*. Obtenido de Diagnostico situacional: https://www.slideshare.net/kheiron/diagnstico-situacional

- Nussbaum. (1997). *EL ENFOQUE DE CAPACIDADES DE MARTHA NUSSBAUM* . Obtenido de http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/13799

- NUSSBAUM, M. (2012). *REVISTA SCIELO*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n25/bioetica_animal.pdf

- Nussbaum, M. (2015). *Refleciones morales*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n25/bioetica_animal.pdf

- OMS. (2014). *PRIMER ATLAS MUNDIAL DE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVAS NO ATENDIDAS*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/

- OMS. (2017). Obtenido de http://www.who.int/cancer/palliative/es/

- OMS, A. (01 de ENERO de 2014). *PRIMER ATLAS MUNDIAL DE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVAS NO ATENDIDAS*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/

- OMT. (28 de 11 de 2005). *http://lmd.unwto.org/*. Obtenido de Organizacion Mudial de Turismo: http:media.unwto.org/es/content/enterner.elturismo-glosario-basico.

- OPS. (2003). Atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Washington, DC.
- Paliativos, D. E. (s.f.). Obtenido de Definiciona Etimología Paliativos: https://definiciona.com/paliativo/
- Pilar Barreto, R. B. (1990). *Canales de psicología*. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf
- Quinche, T. J. (2011). *"ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES EN EL CENTRO SANTA MARÍA JOSEFA DE LA CIUDAD DE LOJA, MAYO/2010-MAYO/2011".* LOJA – ECUADOR : TESIS.
- Redaelli, A. (2012). HOSPICE el Cuidado Personalizado del Enfermo Terminal. Quito : Camilianas .
- Redaelli, A. (2012). *HOSPICE* . QUITO : Camilianas 2012 .
- REGISTRO OFICIAL 429 . (s.f.). *http://www.derechoecuador.com/productos/producto/catalogo/registros-oficiales/2015/febrero/code/RegistroOficialNo429-Lunes02Febrerode2015TercerSup/registro-oficial-no-429---lunes-02-de-febrero-de-2015-tercer-*. Recuperado el 2017
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). *La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública*. Colombia. : drestrepo@ces.edu.co.
- Rodriguez. (2006). *Cuidados Paliativos para enfermería*. Obtenido de http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf.
- Sen. (2010). *EL DESARROLLO HUMANO* . Obtenido de https://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/download/204/205
- Teresa Escrich Gallardo, J. F. (2013). *Competencias Vs. Capacidades: ¿Enfoques complementarios o excluyentes?* . Obtenido de http://www.ingenio.upv.es/es/system/files/aportaciones_congreso/competencias_vs._capacidades._final.pdf
- WAstudillo. (2010). *¿Cómo ayudar a la familia en la terminalidad? Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos*. (2. Ed., Editor) Obtenido de Disponible en: http://www.psicosaludymedicina.com/?tag=paciente-terminal
- Zurita., S. (Mayo de 2015). *"UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL"*. Obtenido de https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/30773/1/D-P12406.pdf).

ANEXOS

1.2. Anexo N° I Encesta

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA: "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES. HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA 2016-2017."

Encuesta de las capacidades que tiene una persona que se encuentra en cuidados paliativos

OBJETIVO: obtener información sobre las necesidades que presente un paciente de cuidados paliativos.

Las cualidades para el análisis de las capacidades fueron tomadas de los 10 enunciados del modelo de Martha Nussbaum quien considera a cada persona única con diferentes necesidades y recursos para la satisfacción de las mismas. (CPSEC, 2018)

- **VIDA.-** Vivir una vida de duración normal. No morir de forma prematura o antes de que la vida se vea tan consumida que no valga la pena vivirla.

1.6. EDAD

De 1 a 20	
De 21 a 40	
De 41 a 60	

De 60 en adelante	

1.7.PROBLEMAS DE SALUD

Cáncer	
EPOC	
Insuficiencia cardiaca	
Diabetes	
Hipertensión	
Osteoporosis	
Enfermedad Renal	
Desnutrición	
Cerebro vascular	
Ulceras por presión	
Parkuinson	
VIH	
Otros	

1.8.POLIMEDICACIÓN

Si	
No	

1.9.SATISFACCIONES EN SU VIDA

¿Ha cumplido todo lo que se ha propuesto en su vida?

Si	
No	
Tal vez	

1.10. - NEGACION DE PROBLEMAS

Si	
No	
A veces	

- **SALUD CORPORAL:** Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.

2.9.NUTRICIÓN:

e. Número de comidas al día

3 a 4	
Más de 4	
Menos de 3	

f. Ingesta de líquidos

Más de 1 litro	
1 litro	
Menos de 1 litro	

g. Pérdida de apetito

A veces	
Siempre	
Nunca	

h. Problemas para la ingesta

Si	
No	
A veces	

2.10. SALUD CORPORAL ACTUAL.

Buena	
Estable	
Deteriorada	

2.11. CAMBIOS FÍSICOS EN SU CUERPO

VARIOS	
POCOS	
NADA	

2.12. SEXUALIDAD:

c. Número De Hijos

1 a 2	
De 3 a 5	
Más de 6	
Ninguno	

d. Pareja actual

Si	
No	

2.13. LUGAR DE RESIDENCIA

Urbano	
Rural	

- **INTEGRIDAD FÍSICA** Capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es

decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual y de abusos.

2.14. PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Si	
No	

2.15. PROBLEMAS DE MOVILIDAD

Si	
No	

2.16. PRACTICA DE EJERCICIO

Si	
No	
A veces	

2.17. HIGIENE PERSONAL

Diaria	
Dos veces por semana	
Cada semana	

2.18. MALESTAR FÍSICO

Si	
No	
A veces	

- **SENTIMIENTOS, IMAGINACIÓN Y PENSAMIENTO.-** Usar la imaginación y el pensamiento para experimentar y producir obras o actos religiosos, musicales o parecidos, según se desee. Usar la mente en condiciones protegidas por las garantías de libertad de expresión política y artística, y por la libertad de práctica religiosa. En disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso.

4.7.TIPO DE RELIGIÓN

Católica	
Evangelista	
Cristiana	
Otras	

4.8.CONFLICTO DE LAS TERAPIAS CON SUS CREENCIAS

Si	
No	
A veces	

4.9.AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Conformidad	
Normalidad	
Resignación	
Rechazo	

4.10. PROBLEMAS DE COMPRENSIÓN

Si	
No	
A veces	

4.11. DIFICULTAD PARA LA TOMA DE DECISIONES

Si	
No	
A veces	

4.12. FORMACIÓN ACADÉMICA

Primaria	
Secundaria	
Superior	

4.3.1. EMOCIONES.- Sentir emociones por cosas o personas externas a nosotros o por nosotros mismos. Amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros, sentir duelo por ausencia. Poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre nuestro desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad.

5.5.PROBLEMAS DE AUTO-ESTIMA

Si	
No	
A veces	

5.6.PROBLEMAS EMOCIONALES

Si	
No	
A veces	

5.7.CONFLICTOS FAMILIARES

Si	
No	
A veces	

5.8.DUELO

Si	
No	

- **Razón práctica.-** Reflexionar acerca de la planificación de la propia vida. Poder formar una concepción de bien.

6.4.AUTO CUIDADO

Si	
No	
A veces	

6.5.HÁBITOS

Consumo de tabaco	
Consumo de alcohol	
Consumo de café	

- **Afiliación.-** Poder vivir por y para los demás, disponer de las bases para no sentir humillación y si respeto por mismos. Ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. Disponer de las bases sociales necesarias para no sentirnos humillados y sintamos respecto por nosotros mismo, que se nos trate con dignidad. Introducir disposiciones que combatan la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión u origen nacional.

7.1.TRABAJO

Si	
No	
A veces	

7.2.INGRESOS ECONÓMICOS

Más del salario mínimo	
Salario mínimo	
Menos del salario mínimo	

- **OTRAS ESPECIES.-** Vivir con animales, plantas y entorno natural de una manera próxima y respetuosa

8.1.ENTORNO FÍSICO ADECUADO

Si	
No	

8.2.CONFLICTOS COMUNITARIOS

Si	
No	
A veces	

- **JUEGO.-** Disfrutar de actividades recreativas

9.4.LIMITACIONES FUNCIONALES

Si	
No	

9.5.HORAS DE DESCANSO

Más de 8 horas	
8 horas	
Menos de 8 horas	

9.6.ACTIVIDADES LÚDICA

Si	
No	
A veces	

- **CONTROL SOBRE EL PROPIO ENTORNO.- POLÍTICO Y MATERIAL**. Participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y asociación. Poder poseer propiedades y derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas con tener derecho a buscar trabajo en un plan de igualdad con los demás; estar protegidos legalmente frente a riesgos y detenciones que no cuenten con la debida autorización judicial. En el entorno laboral, es capaz de trabajar con seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores y trabajadoras.

10.1.TIENE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Si	
No	
A veces	

10.2.CUENTA CON SEGUROS DE SALUD

Si	
No	

10.3.POSEE BIENES MATERIALES

Si	
No	

1.3. Anexo N° II cronograma de actividades del Proyecto

Cronograma de actividades que desarrollaremos con los pacientes que necesitan Cuidado Paliativo tanto ambulatorio como hospitalario.

Fecha	Hora	Criterio de valoración	Actividad	Tiempo	Metodología	Responsables
12/12/17	09h00 A 09h10	Vida	Realizar una valoración de la edad y sexo del paciente	10 min	Utilizamos la técnica de interrogación al paciente para obtener la información necesaria.	Valeria García Andreina Ramos
	09h10 A 09h25		Orientar al paciente la importancia de los chequeos médicos de rutina.	15 min	Usamos videos educativos donde explique la importancia de acudir al médico a tiempo.	Valeria García Andreina Ramos
	09h30 A 10h00		Enseñar al paciente los signos que alerten el curso normal de su patología.	30 min	En esta actividad usamos imágenes representativas que el paciente pueda	Valeria García Andreina Ramos

	10h10 A 10h30		Enseñar al paciente de CP o familia sobre la importancia del auto cuidado	20 min	reconocer cuales son los signos de peligro. La metodología utilizada en esta actividad es la charla educativa en donde informamos al paciente y a la familia sobre el autocuidado.	Valeria García Andreina Ramos
	10h40 A 10h50 11h00 A	Salud Corporal	Controlar el peso y talla del paciente. Aplicar cremas hidratantes en la piel del paciente.	10 min 30 min	Utilizamos las medidas antropométricas, con la ayuda del tallimetro y la balanza. Aplicar al paciente cremas hidratantes acompañadas de	Valeria García Andreina Ramos Valeria García Andreina Ramos

	11h30 11h45 A 11h50 11h55 A 12h00		Proporcionar una dieta adecuada con buen aporte nutricional. Mantener Hidratado al paciente.	15min 5 min	unos masajes en la piel fomentando el cuidado de la misma. Proporcionamos alimentos ricos y nutritivos para el paciente según su necesidad. Otorgar al paciente líquido y educar sobre la importancia de mantenerse hidratado.	 Valeria García Andreina Ramos Valeria García Andreina Ramos
13/12/17	09h00 A 09h10	Integridad Física	Observar el grado de movilidad de las articulaciones principales.	10 min	La observación es el método que nos permitirá darnos cuenta del grado de movilidad que tiene el paciente.	Valeria García Andreina Ramos

	09h10 A 09h20		Aconsejar al paciente sobre la utilización de un calzado adecuado que facilite su deambulación	10 min	El dialogo con el paciente sobre la buena utilización del calzado ayudada a mejorar su circulación.	Valeria García Andreina Ramos
	09h25 A 09h30		Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.	5min	Dialogar y ayudar al paciente a aceptar que necesita ayuda para satisfacer sus necesidades.	Valeria García Andreina Ramos
	09h40 A 09h55		Mantener vías aéreas permeables.	15min	Utilizar técnicas terapéuticas y farmacológicas realizando nebulización para mantener las vías aéreas permeables.	Valeria García Andreina Ramos

	10h00 A 10h30		Solicitar terapia respiratoria para el paciente.	30min	Solicitar y Aplicar terapia respiratoria para facilitar la fluidificación de secreciones.	Valeria García Andreina Ramos
	10h30 A 10h40		Educar al paciente y a la familia sobre no fumar.	10min	Con la ayuda de un video informar al paciente lo dañino que puede ser adquirir el hábito de fumar.	Valeria García Andreina Ramos
	10h40 A 11h00	Sentimientos, imaginación y pensamientos	Orientar al paciente sobre la enfermedad y su tratamiento	20 min	Mediante una charla al paciente orientamos sobre su enfermedad, complicaciones y tratamiento.	Valeria García Andreina Ramos
	11h00 A 11h15		Brindar confianza	15min	El intercambio de experiencias nos permitirá ganas confianza e involucrarnos con	Valeria García Andreina Ramos

	11h15 A 11h25 11h30 A 11h45		Brindar apoyo psicológico Interactuar con el paciente: apoyo emocional	10 min 15 min	el paciente su enfermedad y su familia. Presentar videos de motivación para que el paciente entienda el verdadero valor de la vida. La ludo terapia ayudara al paciente a olvidarse por momentos de la realidad.	Valeria García Andreina Ramos Valeria García Andreina Ramos
	14h00 A 14h30	Razón Practica	Favorecer la relación con otras personas con intereses y objetivos comunes.	30 min	Realizar una mesa redonda con pacientes que poseen la misma patología, intercambiando ideas.	Valeria García Andreina Ramos

	14h40 A 15h00		Animar a expresar sentimientos, miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva	20 min	Poder expresar lo que sentimos es quitarnos un peso de encima pues la comunicación con alguien puede favorecer a la resolución de problemas.	Valeria García Andreina Ramos
	15h00 A 15h15		Realizar técnicas de relajación.	15 min	Utilizando las técnicas de relajación realizamos ejercicios de respiración conjuntamente con los pacientes.	Valeria García Andreina Ramos
14/12/18	09h00 A	Afiliación	Brindar apoyo psicológico al	15 min	Dar a entender al	Valeria García Andreina

	09h15 09h15 A 09h30 09h30 A 10h00		paciente y a la familia. Realizar ejercicios de autorrealización Realizar terapia ocupacional.	 15 min 30 min	paciente y a la familia que no están solos y poder sobrellevar la enfermedad. La autorrealización es la tendencia que tenemos los seres humanos para desarrollar al máximo nuestro propio talento y capacidades lo que hace que nos sintamos satisfechos Realizar terapia ocupacional conjuntamente con el paciente para mantener ocupada	Ramos Valeria García Andreina Ramos Valeria García Andreina Ramos

					la mente y olvidarse por un momento de sus dolencias.	
	10h00 A 10h20	Otras especies	Valorar su nivel de movilidad y realizar plan de cuidado.	20 min	La valoración del paciente nos permitirá saber el estado actual en el que se encuentra, para poder aplicar los cuidados más adecuados.	Valeria García Andreina Ramos

	10h20 A 10h40		Orientar acerca de la realización de ejercicios pasivos con ayuda del personal o familia.	20 min	Enseñar a realizar ejercicios pasivos mejorando así el vigor muscular y disminuyendo la rigidez.	Valeria García Andreina Ramos
	10h45 A 10h50		Brindar un entorno confortable eliminando los obstáculos para el paciente.	5 min	Eliminamos los obstáculos presentes en el entorno donde se desenvuelve el paciente evitando accidentes y facilitaremos su deambulación.	Valeria García Andreina Ramos
	11h00 A 11h20	Juego	Orienta al usuario a identificar los factores estresantes y evitarlos.	20 min	Educar y enseñar a detectar factores como el estrés y evitarlos ya que agota los nutrientes	Valeria García Andreina Ramos

					del cuerpo y afecta a su funcionamiento.	
	11h20 A 11h30		Mantener al usuario en un ambiente tranquilo.	10 min	Brindar comodidad y confort al paciente haciéndole sentir como en su casa.	Valeria García Andreina Ramos
	11h30 A 11h50		Planificar los cuidados respetando el horario de sueño.	20 min	Mediante la planificación elaboraremos un plan de cuidado acorde a las necesidades del paciente respetando su hora sueño.	Valeria García Andreina Ramos
	12h40 A	Entorno político y	Fomentar la comunicación.	10 min	La comunicación es uno de los	Valeria García Andreina

	12h050	material.			mejores ejercicios para poder entender a la otra persona.	Ramos
	12h50 A 13h00		Respetar los valores y creencias del paciente.	10 min	Cada persona tiene el derecho de elegir su cultura, creencias y valores y deben ser respetados.	Valeria García Andreina Ramos
	13h00 A 13h20		Informar al paciente y a su familia sobre el tratamiento a aplicarse respetando su condición económica y social.	20 min	Charlar con el paciente y familiares para informales sobre el tratamiento de la enfermedad y como poder cumplirla.	Valeria García Andreina Ramos

1.4. Anexo N° III Marco Administrativo

RECURSOS

1.- Talento humano

Estudiantes de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar

Andreina Ramos

Valeria García

Directora del proyecto de Titulación

Lcda. Vilma Villacis

Pacientes pertenecientes al Hospital Alfredo Noboa Montenegro

2.- Recursos técnicos

Computadora

Proyector

3.- Recursos Materiales

Impresiones de oficios para denunciar el tema del proyecto de titulación

Impresiones de oficios para cambio de tutora

Impresión de oficios para permisos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Impresión de proyecto para revisiones de borradores

Horas de internet para consultas

Llamadas telefónicas

Transporte

Presupuesto

PRESUPUESTO GENERAL

Internet	100 horas	100 dólares
Impresiones	900 hojas	90 dólares
Anillados	10 anillados	10 dólares
Copias	200 hojas	20 dólares
Oficios	10 oficios	5 dólares
Llamadas telefónicas	20 horas	10 dólares
Imprevistos		30 dólares
Total		**265 dólares**

1.5. Anexo N° IV. Evidencia del trabajo

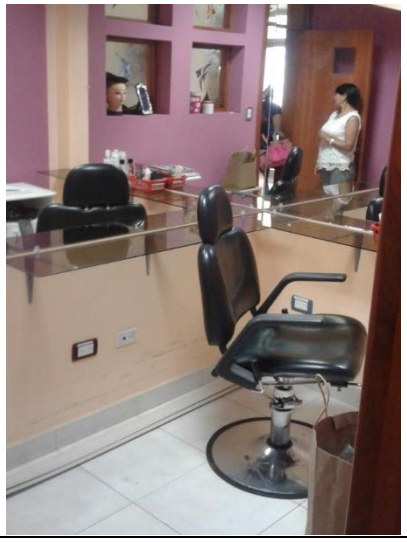
VISITA AL HOSPITAL SAN CAMILO













OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	
	
	
	

SOCIALIZACION DE LOS DATOS OBTENIDOS (CPSEC, 2018)







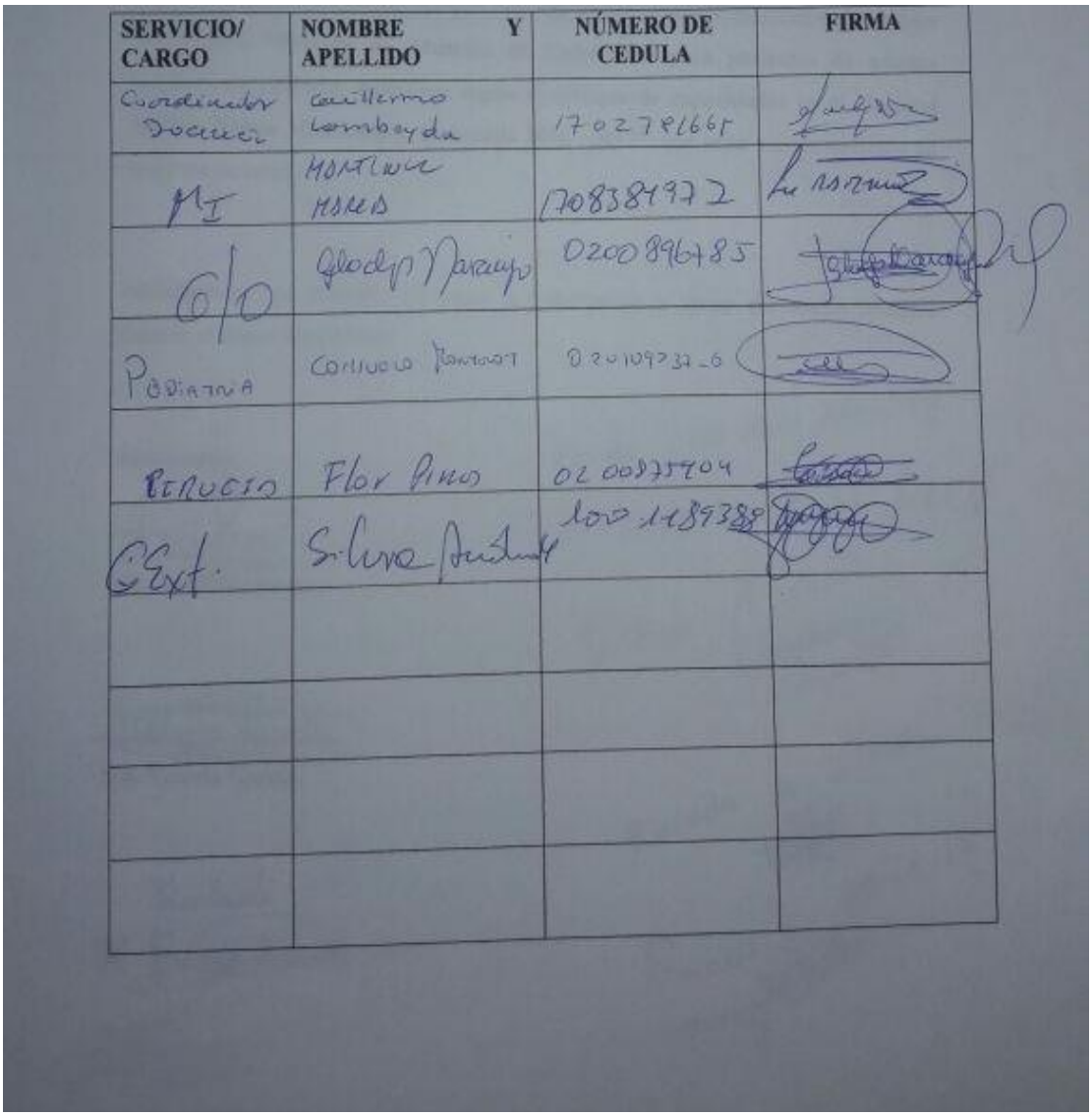




NOMBRES	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Jenny Nunez J	0201093044	
Silvia Andrade	1001189388	
V. Luis. V. Moreira	0906181243	
Diana Martinez	02V123926-6.	
Gladys Naranjo	0200896785	
Carmen Jaramillo	0201091237-6	
Estela Taco	0200893728	
Haniela Novas P	0201449279	
Flor Pinos	0200875904	
Maria Ramirez	1208589432	

Sta. Andreina Ramos.

Sta. Valeria García.



SERVICIO/ CARGO	NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE CEDULA	FIRMA
Coordinador Docencia	Guillermo Lombeyda	1702781665	[illegible]
MI	MARTINEZ MARCO	1708384972	[illegible]
C/O	Gladys Naranjo	0200896785	[illegible]
PEDIATRIA	CONSUELO MONTOYA	0201097376	[illegible]
PERUCIO	Flor Pinos	0200875904	[illegible]
C.Ext.	Silvia Andrade	1001489388	[illegible]

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

DR. GUILLERMO LOMBEYDA
JEFE DE DOCENCIA

CERTIFICA

Que las señoritas: GARCÍA FLORES MARÍA VALERIA con la CI: 020157579-2 y RAMOS VALVERDE ANDREINA JANNETH con la CI: 020241811-7, han realizado su proyecto de titulación en el Hospital "Alfredo Noboa Montenegro" de la cuidad de Guaranda, enfocado en el tema **"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL ENFOQUE DE CAPACIDADES EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA 2016 – 2017"**, el mismo que ayudara a mejorar la atención en este tipo de pacientes con eficiencia y eficacia, manteniendo la calidad y calidez característico de muestra institución.

Es todo cuanto certifico en honor a la verdad, facultando a las interesadas dar al presente el uso legar que a bien tuviera.

Guaranda 11 de enero del 2018.

Atentamente,

DR. GUILLERMO LOMBEYDA
Jefe de docencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro

Hospital Provincial
"Alfredo Noboa Montenegro"