

Tema 9.

La humanización de cuidado

en la era del desarrollo científico técnico

Título: Atención integral al paciente oncogeriátrico y sus familiares, propuesta de intervenciones familiares con enfoque bioético.

Autores: Dra. Belkis Ana Cruz Caballero,¹ Dra. Lilien Reiner Hernández,² Dra. Yamira González Delgado,³ Lic. Yusmary Martín Suárez.⁴ Estudiante. Laura Hernández Domínguez⁵ Dra. Marilin Sánchez Fernández.⁶

1. Especialista de Primer Grado en MGI, Profesor Asistente. Facultad de Ciencia Médicas Villa Clara. Policlínico Marta Abreu. (0000-0002-2260-6009). Teléfono 42222501.

2. Especialista de Primer Grado en MGI, Primer Grado en Bioestadística, Profesor Instructor. Facultad de Ciencia Médicas Villa Clara. Hospital Arnaldo Milian Castro. (0000-0002-5058-3895). Teléfono 42222501

3. Especialista de Primer Grado en MGI, Profesor Asistente. Facultad de Ciencia Médicas Villa Clara. Policlínico Marta Abreu. (0000-0002-3748-3929). Teléfono 42222501

4. Licenciada en Enfermería, Profesor Instructor. Facultad de Ciencia Médicas Villa Clara. Policlínico Marta Abreu. Teléfono 42222501

6. Especialista de Primer Grado en MGI, Profesor Asistente. Facultad de Ciencia Médicas Villa Clara. Policlínico Marta Abreu. ((0000-0002-1943-5456). Teléfono 42222501

Correspondencia: belkisacc@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: es necesario que los binomios médicos y enfermera de la familia de la atención primaria de salud, apliquen las modalidades de intervención familiar con enfoque bioético, dirigido a los cuidadores de pacientes oncogeriatricos ingresados en el hogar, que tributen, al respeto de la dignidad humana en esta etapa final de la vida.

Objetivos: diseñar sistemas de intervenciones familiares con enfoque bioético dirigido al equipo de salud de la atención primaria, para el manejo por los cuidadores, de pacientes oncogeriatrico en el hogar, Policlínico Marta Abreu, año 2019- 2020.

Métodos: se realizó estudio descriptivo, transversal y observacional, en el policlínico "Marta Abreu" del municipio Santa Clara, desde septiembre 2019 a junio del 2020. El universo estuvo constituido por los 12 cuidadores primarios de pacientes oncogeriatricos. Para obtener la información se utilizó análisis documental y aplicación de encuesta para medir conocimientos en cuidadores, relacionado a la atención con enfoque bioético, previo consentimiento informado.

Resultados. Se identificaron necesidades de aprendizaje por los cuidadores para la atención paliativa, permitiendo el diseño de sistemas de intervenciones familiares.

Conclusiones: se diseñó sistema de intervenciones familiares con enfoque bioético para ser implementada por los equipo básico de trabajo de cada consultorio, valorado por criterios de expertos como efectivo y pertinentes para su aplicabilidad, que fortalezca en los cuidadores, el respeto a los principios bioéticos durante y final de la vida, así como la dignidad humana, como el más sagrado de los derechos.

Palabras clave: cuidados paliativos; principios bioéticos y derechos

Introducción

La atención al paciente con enfermedad oncológica, demanda inevitablemente niveles de atención de forma continua, que en muchos casos corresponde a una única persona, miembro de la familia o no, que asume la responsabilidad y funciones del cuidado.⁽¹⁾

Las enfermedades crónicas, como el cáncer a nivel mundial, se ha convertido en un gran problema de salud, ocupan los primeros lugares de la morbi-mortalidad,⁽²⁾ estableciéndose por la Organización Mundial para la Salud (O M S) desde el 2005, un Programa Nacional del control del cáncer en cuatro parámetros: prevención, diagnóstico-tratamiento oportunos, rehabilitación-soporte y por último y no menos importante los cuidados paliativos. Se hizo un llamado en desarrollar con más ímpetu la prevención y este último.⁽³⁾

El conocimiento bioético en esta etapa final de la vida, se establece en la implementación del cuidado paliativo: que incluye cómo humanizar los cuidados en la edad avanzada de la tecnología, brindar calidad de vida, entender el sufrimiento y la muerte y salvaguardar siempre la dignidad de la persona humana. La medicina paliativa es cambio de mentalidad ante el paciente terminal, es saber que cuando no se puede curar aún se puede cuidar, es la conciencia de cuándo se debe iniciar este cambio.^(4,5)

En los países desarrollados durante este año, se prevé que aumentará en un 60% la carga global de morbilidad; el cáncer será una de las enfermedades que aporte mayor número de casos. En Europa uno de cada cuatro ciudadanos muere por esta causa; en América Latina y el Caribe las tasas de mortalidad por cáncer han estado en aumento durante al menos 40 años, sin embargo, en aquellos en desarrollo, solo entre un 20 a 30% la alcanzan, puesto que los diagnósticos se realizan en estados avanzados de la enfermedad.⁽⁶⁾

Cuba, no está exento de esta problemática, donde las personas de 60 años y más ocupan el 20.4% de la población general al cierre del 2018, con una mortalidad por cáncer en general de 19813 defunciones, donde las edades de 70 a 79 resultaron las más comprometidas. Una de las provincias más envejecidas de Cuba es Villa Clara, teniendo al Municipio Santa Clara como su capital. El área de salud del Policlínico Marta Abreu, el cáncer constituye la primera causa de muerte con mayor predominio en la edad geriátrica, trazándose acciones de salud en los cuatro niveles de atención, implementándose el Programa Nacional de control para el Cáncer establecido por el país.^(7,8)

Una de las actividades específica de la medicina familiar radica, en el ingreso domiciliario, donde la atención de un paciente con cáncer implica una serie de decisiones complejas, con implicaciones bioéticas, por convertirse en un proceso dinámico que requiere una discusión por el binomio médico y enfermera de la familia de forma continua, de reflexión y de cambio.^(8,9)

Las autoras se motivan a incursionar en esta temática ya se requieren para el manejo y su cuidado, conocimientos bioéticos transmitidos por el equipo de salud, a los cuidadores, para el cumplimiento de los principios de respeto a su dignidad humana. Se realizó la siguiente pregunta científica:

¿Será pertinente el diseño de sistemas de intervenciones familiares con enfoque bioético para ser aplicado por los médicos y enfermeras de la Atención Primaria de Salud, en cuanto a la atención de los cuidadores de pacientes oncogeriátricos en hogar?

Objetivo General.

Diseñar sistemas de intervenciones familiares con enfoque bioético dirigido al equipo de salud, de la atención primaria para el manejo por los cuidadores, de pacientes oncogeriátrico en el hogar, policlínico Marta Abreu, año 2019- 2020.

Objetivo Específico.

1. Identificar necesidades de aprendizaje en los cuidadores, en cuanto al manejo con enfoque bioético a pacientes oncogeriatricos desde el hogar.

2. Elaborar sistemas de intervenciones familiares con enfoque bioético para fortalecer la atención de los cuidadores con sus familiares enfermos por el equipo de salud.
3. Valorar por criterios de especialistas el sistema confeccionado

Material y método

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal en el período de septiembre 2019 a junio 2020, con el objetivo de diseñar sistemas de intervenciones familiares con enfoque bioético a cuidadores oncogeriatricos, con ingreso domiciliario, a punto de partida de necesidades de aprendizajes de los cuidadores, en el Área de Salud correspondiente al Policlínico Docente Marta Abreu de Esteves, de la ciudad de Santa Clara.

El universo de trabajo estuvo conformado por los 12 cuidadores y/o familias que viven con adultos mayores con enfermedad oncológica, la muestra coincide con el universo. Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta el consentimiento informado (Anexo1), pues fue necesario penetrar en su intimidad y los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Voluntariedad del cuidador y/o familiar.
- Ingreso en el domicilio del paciente oncogeriatrico
- Que el cuidador y/o familiar no presentan problemas psiquiátricos

Criterios de exclusión:

- Ingreso hospitalario o fuera del área

Métodos de Recolección de la Información y Procesamiento de la Información.

Métodos:

- Nivel teórico: Análisis, síntesis, deducciones histórico lógico.
- Nivel empírico: Observación, entrevista semiestructura a cuidadores y profunda a informantes claves, revisión documental.

Se aplicó entrevista semiestructurada a los cuidadores y/ familiares que conforman el universo. (Anexo 2). Consta de cuatro subtemas (Fases del tránsito, Comunicación y atención, manifestaciones y conocimiento sobre los derechos. Se aplicó Instrumento de Observación directa en el domicilio, sobre el manejo por parte del cuidador y/o familiar al paciente en esta etapa de la vida, así como recursos disponibles.(Anexo3). Se revisaron historias clínicas individual de los pacientes, así como la historia de salud familiar. Se realizó entrevista en profundidad a los informantes claves. (Anexo 4) dirigidas al binomio médico y enfermera(o)de la familia, que atiende a los pacientes, Trabajadora Social, Licenciado en Psicología y Geriatra. La variedad de métodos y técnicas permitió la triangulación de la información y el diseño del sistema de intervenciones familiares, validados por 6 especialistas de Medicina General Integral. eliminando el sesgo que pudiera aparecer por la presencia de otros encuestadores.

Para el análisis estadístico de los datos se creó una base de datos primaria utilizando el programa Excel y la misma fue analizada con el paquete estadístico SPSS21. Se utilizaron técnicas acordes al diseño de un estudio descriptivo, las que consisten en análisis porcentuales. Dentro de las variables se abordaron: edad, sexo, escolaridad, ocupación, clasificación de la familia, nivel de conocimientos en cuanto a los derechos, fases, emociones, así como observación del entorno familiar en cuanto a condiciones socioeconómicas.

Consideraciones éticas de la Investigación.

Se tuvieron en cuenta los reglamentos éticos, para la investigación en humanos, por lo que se solicitó el consentimiento informado a los cuidadores y/o familiares para participar en la investigación (Anexo 1), para ello se les explicó correctamente qué, para qué y por qué hacíamos el estudio. Se les hizo saber que eran libres de abandonar la investigación en cualquier momento. Al divulgar los resultados de la investigación se garantizó no revelar sus datos personales y mantener la confidencialidad de la información, que solo fue usada con fines de la investigación.

Resultados

En el Tabla 1, se evidencia significativamente que el mayor conocimiento de los cuidadores sobre las fases que transita el enfermo es la depresión con un 83,33%, siendo seguido por la negación en un 50%.

Tabla 1. Conocimientos sobre las fases que transita el enfermo. Policlínico Marta Abreu. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Año 2019.

Fases del estado terminal	No.	%
Negación	6	50,00
Ira	3	25,00
Negociación	3	25,00
Depresión	10	83,33
Aceptación	2	16,67

En la tabla 2, se evidencia que en cuanto al conocimiento del proceso de comunicación los porcentajes significativos se corresponden con la comunicación frecuente sobre los aspectos: preocupaciones, sentimientos de amor de la familia, rechazo a la enfermedad y sentimientos esperanzadores en más de un 50% y se puede apreciar que como dificultades en la comunicación arrojando más del 50% los aspectos como: Necesidades, preocupación en el diagnóstico de su enfermedad, deseos de morir por el sufrimiento y que se han convertido en una carga para la familia.

Tabla 2. Conocimientos sobre el proceso de comunicación con el enfermo oncogeriátrico. Policlínico Marta Abreu. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Año 2019.

Algunos elementos de comunicación	Frecuente		Poco frecuente		Nunca	
	No	%	No	%	No	%
<i>Facilita la Expresión</i>						
Temores	5	41,67	5	41,67	2	16,67
Preocupaciones	7	58,33	4	33,33	1	8,33
Necesidades	3	25,00	6	50,00	3	25,00
Acompañamiento por seres queridos	6	50,00	3	25,00	3	25,00
Hermanos de la iglesia para orar	2	16,67	5	41,67	5	41,67
Sentimiento de amor de familia	8	66,67	2	16,67	2	16,67
Deseos de morir por el sufrimiento	4	33,33	7	58,33	1	8,33
Es una carga para la familia	4	33,33	7	58,33	1	8,33
<i>Expresión ante el diagnóstico</i>						

Rechazo de la enfermedad	8	66,67	0	0,00	0	0,00
Envidia a personas sanas	3	25,00	0	0,00	0	0,00
Tranquilo, en paz consigo mismo(a)	4	33,33	1	8,33	0	0,00
Rechaza visitas, irritable	4	33,33	2	16,67	1	8,33
<i>Facilita la información</i>						
Sobre su enfermedad	5	41,67	6	50,00	1	8,33
Aspectos positivos, esperanzadores	7	58,33	3	25,00	0	0,00
<i>Facilita la observación</i>						
Lenguaje extra verbal sobre el verbal	4	33,33	1	8,33	2	16,67
Lenguaje verbal sobre el extra verbal	3	25,00	2	16,67	0	0,00

Fuente. Documento: Historia de clínica individual

En la Tabla 3, los resultados más significativos se corresponden con el dolor en un 100%, más del 50% del conocimiento de forma frecuente resultaron ser: rechazo al tratamiento, rechazo a la alimentación, la tristeza el temor, la angustia y el decaimiento y poco frecuente en conocimiento correspondió a la somnolencia, irritabilidad, estrés y

ansiedad, aspecto este detectado también en las investigaciones de Crespo y Camejo. (13,14)

Tabla 3. Conocimientos sobre las molestias o síntomas del enfermo en fase terminal y su accionar. Policlínico Marta Abreu. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Año 2019.

<i>Molestias o síntomas</i>	<i>Bueno</i>		<i>Regular</i>		<i>Mal</i>	
	No	%	No	%	No	%
Dolor	12	100,00	0	0,00	0	0,00
Irritabilidad	4	33,33	6	50,00	2	16,67
Ansiedad	6	50,00	6	50,00	0	0,00
Tristeza	8	66,67	4	33,33	0	0,00
Angustia	7	58,33	2	16,67	3	25,00
Temor	10	83,33	2	16,67	0	0,00
Decaimiento	8	66,67	2	16,67	2	16,67
Somnolencia	4	33,33	5	41,67	3	25,00
Rechazo a la alimentación	10	83,33	0	0,00	2	16,67
Rechazo al tratamiento	8	66,67	0	0,00	4	33,33

Fuente. Documento: Historia de clínica individual

Sobre algunos de los derechos y deberes en la Tabla 4, en cuanto al enfermo su atención, se encuentran con la categoría de *bueno*: que está a gusto por la atención,

en cuanto a la visita del equipo de salud, se constató que como deber es frecuente, con una comunicación asertiva y le dan recomendaciones, en cuanto al cuidador como deber, su respuesta es certera y el 100% arrojó que desean que el enfermo este en paz y tranquilidad, llama la atención que más del 50% con categoría de *regular* mencionan si se encuentran acompañado y que es significativo que en un 66% no se precisa con el enfermo el tratamiento final de su cuerpo, en la llegada de la muerte, resultado de la categoría de mal.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre algunos de los derechos y deberes que se requiere en la atención al enfermo en estado terminal. Policlínico Marta Abreu. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Año 2019.

<i>Algunos derechos</i>	<i>Bueno</i>		<i>Regular</i>		<i>Mal</i>	
	No	%	No	%	No	%
<i>Enfermo</i>						
Tomar decisiones en su cuidado	5	41,67	4	33,33	3	25,00
Está a gusto por la atención	9	75,00	3	25,00	0	0,00
Tratamiento su cuerpo al fallecer	0	0,00	4	33,33	8	66,67
Se encuentra acompañado	6	50,00	6	50,00	0	0,00
<i>Equipo de</i>						

<i>salud</i>						
Visita periódicamente	8	66,67	4	33,33	0	0,00
Comunicación asertiva	7	58,33	5	41,67	0	0,00
Dan recomendaciones	8	66,67	4	33,33	0	0,00
<i>El cuidador</i>						
Das respuestas sinceras	7	58,33	3	25,00	2	16,67
Que sea en paz y tranquilidad	12	100,00	0	0,00	0	0,00

Fuente. Documento: Historia de clínica individual

En la Tabla 5, se observa con respecto al cuidador(a) un 41.67% se manifiestan activo y con la comunicación persuasiva, el resto del porcentaje se encuentra irritable, triste e inexpresivo. En cuanto a los pacientes del estudio se abordó un estado de ánimo inexpresivo e irritable en igual porcentaje al 33.33 siendo solo el 16.67% que establecen una comunicación activa.

Tabla 5. Percepción del estado de ánimo del cuidador y el enfermo oncogeriátrico. Policlínico MARTA Abreu. Santa Clara. Villa Clara. Año 2019

Estado de ánimo	No	%
<i>Cuidador</i>		
Se encuentra Inexpresivo, pasivo y sin ánimo.	1	8,33

Activo y colaborador con comunicación persuasiva	5	41,67
Irritable, con comunicación agresiva y exterioriza mucha ansiedad	4	33,33
Se encuentra triste, desaliñado, con llanto fácil	2	16,67
<i>Enfermo</i>		
Se encuentra Inexpresivo, pasivo y sin ánimo	4	33,33
Activo y colaborador con comunicación persuasiva	2	16,67
Irritable, con comunicación agresiva y exterioriza mucha ansiedad	4	33,33
Se encuentra triste, desaliñado, con llanto fácil	2	16,67

Fuente. Guía de observación y la Historia clínica individual.

Discusión

En Espín como Filding y López, mencionaron que el desempeño de un adulto mayor como cuidador principal exige una entrega para la cual sus capacidades físicas y psicológicas evidencian limitaciones o deterioro, lo que aumenta el riesgo de experimentar sobrecarga.^(10,11) En estudios de Cañete Villafranca, Guilhem Dirce, y Brito Pérez K, vivencian estados ansioso-depresivos, así como la aparición de emociones negativas tales como ira, estrés, culpa, angustia, frustración y tristeza.⁽¹²⁾

Las autoras coinciden totalmente que el no conocimiento de las fases que transita el enfermo, por el cuidador, pueden provocar desorganización familiar e incluso violencia verbal hacia el enfermo, dañando el respeto a la dignidad humana y la toma de decisiones.

Se evidencia significativamente que la mayoría de los cuidadores poseen conocimientos sobre cómo proceder con sus pacientes en más del 50 %. Llama la atención que el equipo Médico y Enfermera por separado brinda pocos conocimientos al cuidador y paciente en un 16.67%, no así cuando van en equipo que es altamente significativo su accionar.

Las investigadoras realzan que el trabajo en equipo es más enriquecedor, es polémico, dinámico, sistémico, integral y de mayor comunicación, así como capacitación. Poniéndose en práctica los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Existen estudios que abordan las repercusiones sociales del cuidador, se evidencian en la reducción de actividades laborales, culturales y recreativas debido a la escasa disponibilidad del tiempo y las insuficientes redes de apoyo (otros familiares, amigos, vecinos).⁽¹²⁾

Para las autoras es considerado muy importante que los cuidadores implementen los principios de hacer bien (beneficencia) y el (respeto a la autonomía) con cuidados adecuados a los pacientes, no causándoles daños involuntarios (no maleficencia) provocando complicaciones físicas y psicológicas.

En cuanto a la religión es un apoyo social a la que son acogidos a su fe, generalizándose a otros cuidadores, así como el personal de asistencia médica.⁽²³⁾

Las autoras plantean que en este proceso se debe demostrar que su vida vale y que

sus necesidades son reconocidas y atendidas, sin constituir una carga en cualquier etapa que se encuentre, respetando los derechos a tener en cuenta en este periodo.

Las autoras son del criterio, que el cuidador(a) al identificar y accionar adecuadamente ante lo que siente su paciente en estadio terminal, le facilitará implementar herramientas comunicativas que ayudaran a una atención de calidad, donde elevará su existencia y dignificará el ser que aún es, pues su vida no está acabada y merece todo el respeto y amor como derechos.

En el estudio realizado por Cañete Villafranca, Guilhem Dirce, y Brito Pérez K ⁽²²⁾, plantean que los profesionales deben poseer conocimientos de bioéticos así cultivar una cultura del sentido del sufrimiento en sus enfermos y en ellos mismos, aspecto que abordó en su estudio Camejo et al, referente al estrés que desarrollan los cuidadores frente a la atención de su familiar, la cual requiere gran apoyo profesional. ⁽¹⁴⁾

Las relaciones interpersonales entre el médico y la enfermera(o) de la familia y sus pacientes, presuponen: gran empatía, diálogo, intercambio y la concertación las cuales se han transformado en las únicas alternativas para lograr una atención médica de excelencia. ⁽¹⁴⁾

Se reconoce durante la observación el cumplimiento de algunas de las premisas del ingreso domiciliario, las cuales son significativamente buenas las condiciones de la vivienda, que el porcentaje mayor hace referencia a la limpieza del hogar. En cuanto a las condiciones socioeconómicas de los pacientes en estado terminal, se observa que son significativamente buenas en su mayoría y siendo la presencia de equipos electrodomésticos con el mayor porcentaje.

Las autoras les conceden un gran valor a estas condiciones en el domicilio, clasificándolas como fortalezas para un cuidado digno y que favorecerá la calidad de vida de estos, la cual alargará la presencia de complicaciones por causas higiénico sanitarias y logrará que este paciente pueda afrontar la realidad en paz y disminuir el sufrimiento.

Por un lado, estos cuidadores frente a una situación amenazadora, irrumpe una reacción emocional, que va a depender de como tal situación es percibida e

interpretada por cada individuo y en este sentido, la reacción emocional es el resultado de evaluar cognitivamente el significado de lo que en ese momento está poniendo en peligro su seguridad. ⁽¹³⁾

En la investigación de Pérez González E, establece que los comportamientos observados en familiares cuidadores fueron los siguientes. ⁽¹⁵⁾

-Falta de información sobre el proceso de enfermedad, diagnóstico, evolución, descompensación, posibles complicaciones, actuación ante el paciente y recursos sanitarios de que disponen.

-Angustia y tensión ante la enfermedad, hechos que van a repercutir sobre el hogar y la familia, sobre su trabajo y la vida social.

- Sensación de pérdida de control e importancia ante las conductas del enfermo en cada momento.

- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidado.

-Dificultades económicas o materiales, por ejemplo: vivienda.

Las autoras consideran importante tener en cuenta en el equipo de salud y de atención multidisciplinaria, las crisis que presentan cada familia, pues apoyándolos, ellos se sentirán fortalecidos y darán lo mejor de sí. El fruto de la ayuda al cuidador será un paciente tranquilo, cooperador y con sentido para vivir hasta el final de su muerte.

Para darle salida al objetivo 2, los autores diseñaron sistemas de intervenciones familiares con enfoque para ser implementada por los profesionales de la atención primaria desde el Consultorio Médico de la Familia (CMF) que presenten esta problemática, dirigido al cuidador-familia en la atención del enfermo terminal desde el domicilio (Anexo 6), el cual se ajustó a las necesidades de aprendizaje en estas temáticas, acompañada por el equipo multidisciplinario, donde se emplearan las diferentes modalidades de intervención familiar: consejería, orientación familiar, dinámica familiar y grupo comunitario de orientación familiar.

Tema: Propuesta de diseño de Sistema de intervenciones con enfoque bioético para el equipo de salud, en cuanto a la atención de los cuidadores con pacientes oncogeriátricos ingresados en el hogar.

Tipo de actividad: Intervención familiar.

Carácter: comunitario.

Título: Elementos básicos con enfoque bioético para la atención al adulto mayor ingresado en el hogar, en fase avanzadas de enfermedad oncológica, por sus cuidadores.

Objetivo general:

Diseñar sistemas de intervenciones familiares con enfoque bioético para los profesionales, en cuanto a la atención de los cuidadores de pacientes oncogeriatricos ingresados en el hogar.

Cuenta con 17 actividades docentes de intervención familiar, dos semanas de duración.

Actividad: 1. Tipo de intervención: consejería. Introducción hacia los elementos básicos de los derechos del adulto mayor en estado terminal y deberes del cuidador. El familiar solicita información.

Actividad: 2. Tipo de Intervención: grupo Comunitario de Orientación familiar: 2 horas. Deberes y derechos. Trabajo de grupos. Asisten seres queridos, familiares del enfermo, amistades, vecinos, así como el cuidador(a). Se Imparte en el CMF.

Actividad: 3. Tipo de Intervención: orientación familiar. Charla educativa sobre: la dignidad humana y el ser persona.

Actividad: 4. Tipo de Intervención: grupo Comunitario de Orientación familiar: 2 horas. la dignidad humana y el ser persona. Trabajo de grupos. Asisten seres queridos, familiares del enfermo, amistades, vecinos, así como el cuidador(a). Se Imparte en el CMF.

Actividad: 5. Tipo de intervención: consejería. Comunicación generalidades y habilidades comunicativas. El familiar solicita información.

Actividad: 6, 7 y 8. Tipo de Intervención: dinámica familiar. 1 hora y 30 minutos. Tema: Empatía, barreras de la comunicación.7. Relaciones interpersonales. Persona optimista, con autocontrol y autoestima. 8 Prudencia.

Actividad: 9. Tipo de intervención: consejería. Características psicosociales en enfermo en fase terminal. El familiar solicita información.

Actividad: 10. Tipo de Intervención: orientación familiar. Charla educativa sobre: Resiliencia, asertividad y la coherencia.

Actividad 11, 12 y 13. Tipo de Intervención: grupo Comunitario de Orientación familiar: 2 horas. El estrés y el distrés desde el hogar. Síndrome del cuidador.12 Resiliencia, asertividad y la coherencia.1 Principios bioéticos necesario en implementar al enfermo en estado terminal y su familia. Trabajo de grupos. Asisten seres queridos, familiares del enfermo, amistades, vecinos, así como el cuidador(a). Se Imparte en el CMF.

Actividad 14. Tipo de Intervención: orientación familiar. Charla educativa sobre: Aplicación de los principios bioéticos

Actividad: 15 y 16. Tipo de intervención: consejería. La atención centrada en el paciente como persona. El familiar solicita información.

Actividad: 17. Tipo de Intervención: grupo Comunitario de Orientación familiar: 2 horas. Dilemas éticos presente en la atención al enfermo en estadio terminal. Trabajo de grupos. Asisten seres queridos, familiares del enfermo, amistades, vecinos, líderes comunitarios, así como el cuidador(a). Se Imparte en el CMF.

Para darle salida al objetivo 3, fue valorado por criterios de especialistas de la (APS), como pertinente y efectivo para su aplicabilidad.

CONCLUSIÓN

Se diseñó sistema de intervenciones familiares con enfoque bioético para ser implementada por los profesionales, validado por criterios de expertos como efectivo y pertinentes para su aplicabilidad, que fortalezca en los cuidadores, el respeto a los principios bioéticos durante y final de la vida, así como la dignidad humana, como el más sagrado de los derechos.

Conflicto de intereses. Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Referencia Bibliográfica

1. Duenwald M. La gente feliz vive más años. Gerontología 2014;3(4):9-14. [Links]
2. Lizón Giner J. Bioética y cáncer. En: Cortés-Funes H, Colomer Bosch R. Tratado de Oncología. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2009. p. 457 - 75.
3. Restrepo M H. Cuidado paliativo. Persbioét [Internet]. 2005 [citado 5 enero 2019];9(2):6 - 45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=832092>

4. Camps Herrero C, Gil Raga M, Blasco Cordellat A. Cuidados continuos en oncología. En: Cortés-Funes H, Colomer Bosch R. Tratado de Oncología. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2009. p. 969 - 84.
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu>
5. Amaro Cano MC. La bioética desde una óptica marxista. EducMedSuper. 2008 [citado 23 Marzo 2019];22(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000300010&lng=es
6. Guinart Zayas N, Alvarez Sintés R. Cuidados paliativos. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Parte XI. Familia. Cap 57. Atención al paciente en situación terminal. Vol. II. Salud y Medicina. 3ª ed. La Habana: ECIMED; 2014. p. 521- 527.
7. Gutiérrez Gamazo JA, Cordero Gutiérrez N, Marrero Salazar M, Rodríguez Jiménez I, Abascal Cabrera ME, Méndez Rodríguez M. Conocimiento sobre cuidados paliativos al paciente con cáncer en estadio terminal. Medicentro Electrón [Internet]. 2009 [citado 22 May 2019];13(4):5 – 11. Disponible en:
www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/.../258/349.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud [Internet]. La Habana: Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud; 2018 [citado 13 de febrero 2019]. Disponible en:
http://files.sld.cu/dne/files/2019/04/anuario_2018.pdf
9. Alonso Mariño OL, Alonso Mariño AL, López López A. Aspectos bioéticos de los cuidados paliativos al paciente. Acta Médica del Centro [Internet]. 2015;9(1).:[aprox. 7 p.]. [citado 9 de diciembre 2018]. Disponible en:
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu>
10. Espín AM et al. ¿Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes. 2014. Acceso: 15/02/2017. Disponible en:
<http://investgsaludgeront.2014.sldy/lm120> [Links]
11. Findling L, López E. De cuidados y cuidadoras. Revista Argentina de Salud Pública. 2015;3(6):21-29. doi:05698/987816/00229 [Links]
12. Cañete Villafranca Roberto, Guilhem Dirce, Brito Pérez Katia. Paternalismo médico. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2013 Abr [citado 2019 junio 02]; 35(2): 144-152. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200006&lng=es.

13. Crespo M , López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad; 2014. [Links]
14. Camejo Díaz Juan Gabriel, Coro Carrasco Zoraya, Reyes Marrero Daymaris. Estrés en el cuidador primario de niños con enfermedad hematológica maligna. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2017 Ago. [citado 2019 Ener 25]; 21(4): 56-62. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400009&lng=es
15. Pérez González E. Comportamientos observados en familiares cuidadores. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Parte XI. Familia. Cap 64. Familia en el proceso salud familiar. Vol. II. Salud y Medicina. 3ª ed. La Habana: ECIMED; 2014. p. 612-626