



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



---

---

**“CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA A LOS ADULTOS CON  
CÁNCER TERMINAL INTERNADOS EN UN HOSPITAL DEL MINSA –  
CHICLAYO, 2015”**

**TESIS**

Para obtener el título de licenciada en enfermería

**AUTORAS:**

Pérez Peña Gracia de Dios

Requejo Santa Cruz Aleyda Victoria

**ASESORA:**

Lic. Lina Dávila Chevez

**LAMBAYEQUE, MAYO 2017**

**“CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA A LOS ADULTOS CON CÁNCER  
TERMINAL INTERNADOS EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2015”**

**PRESENTADO POR:**

---

Pérez Peña Gracia de Dios

---

Requejo Santa Cruz Aleyda Victoria

**APROBADO POR:**

---

Dra. Gina Obando Murillo  
Presidenta

---

Dra. Olvido Barrueto Mires  
Secretaria

---

Dra. Margarita Fanning Balarezo  
Vocal

---

Lic. Lina Dávila Chevez  
Asesora

## **AGRADECIMIENTO**

A las Licenciadas en Enfermería del servicio en el que ejecutamos esta investigación por brindarnos su apoyo y tiempo para realizarlo sin ningún inconveniente.

A nuestra asesora, Lic. Lina Dávila Chevez por su comprensión, estima y asesoramiento en el desarrollo de la presente investigación.

A nuestra profesora, Mg. Blanca Katiuska Loayza Enriquez y a Edwin Fernando Vásquez Vásquez por su apoyo en el proceso metodológico de esta investigación.

## DEDICATORIA

A **nuestras familias**, por inculcarnos valores y por creer en nosotras en cada paso de esta investigación, dándonos ánimo de principio a fin.

A las **personas dolientes** por tan terrible enfermedad. Por ellos para que con esta investigación el cuidado que se les brinde mejore de acuerdo a sus necesidades.

A **Camila Fernanda**, mi razón y empuje diario; mi fuente de paz.

Aleyda

## **INDICE**

<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1.1. Antecedentes</b>	<b>11</b>
<b>1.2. Base Teórica Conceptual</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2.1 Marco Metodológico:</b>	
<b>2.1.1. Tipo de Investigación</b>	<b>29</b>
<b>2.1.2. Enfoque o abordaje de la investigación</b>	<b>29</b>
<b>2.1.3. Población y Muestra</b>	<b>33</b>
<b>2.1.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos</b>	<b>35</b>
<b>2.1.5. Análisis de los datos</b>	<b>36</b>
<b>2.1.6. Rigor científico</b>	<b>37</b>
<b>2.1.7. Principios bioéticos</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3.1. Resultados y discusión</b>	<b>43</b>
<b>4.1. CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>68</b>
<b>4.2. RECOMENDACIONES</b>	<b>69</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>70</b>
<b>APÉNDICE</b>	
<b>Apéndice N° 1 – A: Consentimiento Informado – Enfermeras</b>	<b>80</b>
<b>Apéndice N° 1 – B: Consentimiento Informado – Familiar Cuidador</b>	<b>81</b>

<b>Apéndice N° 2</b>	<b>Entrevista dirigida a las enfermeras</b>	<b>82</b>
<b>Apéndice N° 3</b>	<b>Entrevista dirigida al familiar cuidador</b>	<b>83</b>
<b>Apéndice N° 4</b>	<b>Guía de análisis documental</b>	<b>84</b>

## **RESUMEN**

La presente investigación de tipo cualitativa con abordaje en estudio de caso, tuvo como objetivo describir, analizar y comprender los cuidados que brinda la enfermera a la persona con cáncer terminal en un hospital del Ministerio de Salud. La muestra delimitada por saturación y redundancia estuvo conformada por ocho enfermeras que laboran en el servicio de Medicina Hombre y Mujeres, nueve familiares cuidadores y cuatro anotaciones de enfermería. La información recolectada a través de la entrevista abierta a profundidad y el análisis documental de las anotaciones de enfermería, cumplieron con los principios bioéticos y de rigor científico. Se analizaron los datos temáticamente generando tres categorías: “Cuidados centrados en la satisfacción de las necesidades biofísicas”, “Cuidados dirigidos a la satisfacción de las necesidades psicofísicas y psicosociales”, “El uso de frases estereotipadas como limitante para brindar el cuidado”. El estudio develó que la enfermera aborda todas las dimensiones de la persona, por lo que brinda un cuidado holístico. Sin embargo se evidencia que presenta limitantes cuando se trata del aspecto emocional y espiritual del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Cuidado enfermero, adulto, cáncer terminal

## **ABSTRACT**

The present qualitative research with a case study approach aimed to describe, analyze and understand the care that the nurse provides to the person with terminal cancer in a MINSA hospital. The sample delimited by saturation and redundancy was made up of eight nurses who work in the service of Medicine Man and Women, nine family caregivers and four nursing notes. The information collected through the open interview in depth and the documentary analysis of nursing annotations, complied with bioethical principles and scientific rigor. The data were analyzed thematically generating three categories: "Care focused on the satisfaction of the biophysical needs", "Care directed to the satisfaction of the psychophysical and psychosocial needs", "The use of stereotyped phrases as limiting to provide the care". The study revealed that the nurse addresses all dimensions of the person, so it provides holistic care. However it is evident that it presents limitations when it comes to the emotional and spiritual aspect of the patient.

**KEY WORDS:** Nursing care, adult, terminal cancer



## INTRODUCCION

Según la teoría del Cuidado Humanizado, en la práctica interpersonal tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona, por tanto la enfermera como profesional que está en contacto con los pacientes a lo largo de su hospitalización debe abarcar en sus intervenciones la satisfacción de todas las necesidades de la persona; reconociendo sus diferentes esferas: cuerpo, mente y espíritu.

El cáncer es una enfermedad por la que cada vez, más personas están siendo hospitalizadas. En el Perú, ocurren anualmente alrededor de 42 mil nuevos casos de cáncer y fallecen aproximadamente 15 mil personas por esta enfermedad cada año. El 90% de los pacientes con cáncer que acuden al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

llegan en estados avanzados de la enfermedad, hecho que hace más difícil su tratamiento<sup>1</sup>

La población adulta es altamente vulnerable a esta enfermedad puesto que este grupo se encuentra expuesto a factores de riesgo como tabaquismo, sedentarismo, que el envejecimiento es un factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad.<sup>2</sup>

Si preguntamos a cualquier persona qué significa la palabra cáncer, la mayoría nos dirán que dolor, muerte, desfiguración, miedo, desesperanza, incertidumbre, incapacidad y alteración de la vida cotidiana.<sup>3</sup> Estas respuestas del ser humano deben ser consideradas necesarias de satisfacer por el profesional de enfermería.

Durante sus prácticas hospitalarias, las investigadoras pudieron vivenciar que algunas enfermeras centraban sus cuidados asistenciales en el aspecto biomédico. Ellas administraban los fármacos quimioterapéuticos y los medicamentos de protección frente a los efectos colaterales de dichos fármacos. Sin embargo durante el día no dedicaban tiempo para valorar el estado emocional del paciente ni las necesidades de apoyo emocional a este.

Realidad que también fue ratificada por los pacientes quienes referían: *“La señorita viene y me pone la medicina, luego se va. No me mira, ni me saluda.”*, *“Ni pregunta cómo nos sentimos”*

Se ha observado que las enfermeras, al centrarse en el cuidado del cuerpo descuidan otras necesidades humanas, pues no se muestra que brinden un tiempo adecuado para este fin.

Se propuso investigar el siguiente problema: ¿Cómo cuida la enfermera a los pacientes adultos con cáncer terminal internados en el Servicio de Medicina de un hospital del MINSA – Chiclayo 2015? Donde el objeto de estudio fue el cuidado enfermero a los adultos con cáncer en fase terminal, y el objetivo de esta investigación fue describir el cuidado de enfermería a la persona con cáncer terminal internados en un hospital del MINSA. El estudio tuvo lugar en el Servicio de Medicina Varones y Mujeres de un Hospital del MINSA.

Esta investigación se justificó porque la mortalidad por cáncer en nuestro país está aumentando, trayendo consigo problemas psicosociales a la persona diagnosticada con esta enfermedad. Ante ello la enfermera debe estar preparada para cuidar no solo del cuerpo, si no de todas las dimensiones del ser, tornando su cuidado humanizado, del cual existen pocos estudios a nivel local, por ello también la relevancia de la investigación.

Los resultados servirán como fuente de consulta para académicos en el área del cuidado enfermero que quieran ahondar en el tema, y para que autoridades competentes en cuidado enfermero puedan tomar medidas específicas para mejorarlo.

# CAPÍTULO I

## 1.1. Antecedentes de la investigación

La presente investigación es del tipo constructivista, donde se utilizó el enfoque cualitativo, y la estrategia de investigación de estudio de caso. El objetivo fue analizar el cuidado que brinda la enfermera al paciente adulto con cáncer terminal. Los estudios que se presentan a continuación incluyen literatura internacional, nacional, y local; estos son en su mayoría similares al presente incluyendo a las variables: cuidado enfermero y cáncer terminal juntas o por separado, describiendo lo estudiado hasta el momento o agrupando literatura preexistente para el caso de revisiones, cuya relevancia ha permitido continuar con la problemática existente. A nivel internacional el tema ha sido estudiado en diferentes países con mayor énfasis en el cuidado paliativo y con tentativas a cuantificar la data debido a la tendencia hacia estudios mixtos. Sin embargo, a nivel nacional y local no se han reportado estudios similares, se reportan por lo tanto aquellos que incluyan a las variables estudiadas sin tomar en cuenta su relación metodológica ya que en este sentido la presente es inédita.

La presentación de los siguientes antecedentes se sustenta en que estos demostraron la identificación de un problema y su relación con los trabajos de otros investigadores teniendo en cuenta a los diseños, muestras, metodologías, y enfoques utilizados hasta el momento, que orientaron al cumplimiento de nuestro objetivo

### a) Internacional

A nivel internacional Se encontró el trabajo de investigación de De Cunto<sup>6</sup>, en el 2016 en Rio de Janeiro, Brasil, el cual se titula: “El cuidado de enfermería frente al proceso de morir en oncología”, cuyo objetivo fue describir el cuidado de enfermería cerca del paciente en el proceso de morir en oncología. La metodología usada fue la revisión integrativa con enfoque cualitativo. Como resultados se obtuvo que el cuidado de enfermería en oncología frente al paciente en el proceso de muerte / morir es un desafío diario en el tratamiento del

empeoramiento del paciente, la aceptación, el miedo, la ansiedad y la confianza, el cuidado del paciente sin posibilidad de cura, pero no fuera de posibilidad de cuidado. Este estudio mostró un conjunto de conocimientos sobre el proceso de muerte / moribunda experimentado por pacientes hospitalizados en unidades de Oncología desde la perspectiva de enfermeras que tienden a una asistencia técnica fragmentada e impregnada de reglas y rutinas a expensas de la esencia del cuidado humano, en favor de un proceso de muerte y muerte digna.

## 7

Se encontró el estudio de Lopera <sup>7</sup>, en Medellín, Colombia en el año 2015, titulado:

“El cuidado de enfermería al paciente en proceso de fallecer: una dolorosa función profesional y humana”, cuyo objetivo fue describir las funciones de cuidado de las enfermeras con el paciente en proceso de fallecer. Como metodología se utilizó un estudio de tipo cualitativo con enfoque etnográfico. Se obtuvo saturación teórica con 23 entrevistas y 100 horas de observación. Como resultados se obtuvo que las enfermeras sienten el deber de cuidar del paciente a lo largo del ciclo vital mediante funciones que definen como: servir, ayudar, acompañar, brindar soporte, abogar, educar y realizar el rol de vicario, las cuales identifican como indispensables. También, sienten como propia la responsabilidad social por algunos asuntos relacionados con la muerte y por esto se involucran personalmente del cuidado cuyo resultado es su afectación como personas.

## 8

Tsutsumi, Sekido, Tanioka <sup>8</sup>. investigaron “Características del Cuidado de Enfermería para pacientes con Enfermedad Terminal en Hospicio / Unidad de Cuidados Paliativos” el cual tuvo lugar en Japón en el año 2014. El objetivo de este estudio fue aclarar las características de la atención de enfermería para pacientes con enfermedades terminales en el hospicio / unidades de cuidados paliativos. La metodología fue de tipo cualitativo descriptivo. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas sobre "comunicación, cuidado, cuidado espiritual del dolor y predicción del empeoramiento de los síntomas", Las siguientes características de enfermeras de hospicio/ unidad de cuidados paliativos (HPN) fueron categorizadas como: HPN compartiendo tiempo significativo con el paciente y los intentos continuos de HPN de comprender el mundo en el que el paciente vive (en la comunicación); como HPN proporcionando cuidado cómodo para que los pacientes puedan valorar sus

últimos momentos y los esfuerzos de las HPN para atender a los pacientes para que puedan morir como esperan (en el cuidado); la observación de HPN en un rango que no interfiere con la comodidad del paciente y HPN siente que algo es diferente de antes (en la predicción del empeoramiento de los síntomas). Se sugirió que una HPN proporciona comunicación, cuidado y predicción del empeoramiento de síntomas con excelente juicio y competencia tecnológica al a vez que pone importancia en ofrecer apoyo a la muerte natural del paciente.

## 9

Getino<sup>9</sup> realizó el estudio titulado: “Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria” en el año 2013 en Barcelona, España. El objetivo fue conocer la opinión y actitudes de los pacientes, los familiares y el equipo interdisciplinar de atención hospitalaria, respecto a los cuidados paliativos y la relación que establecen los pacientes con su cuerpo, el dolor y la proximidad a la muerte. La metodología utilizada fue la cualitativa mediante la observación participante y la entrevista en profundidad. Los resultados arrojaron que la acción de cuidar, implica desarrollar acciones dirigidas a personas que necesitan seguimiento y control de los síntomas y una atención emocional. Para los pacientes los cuidados paliativos son el lugar a donde van porque *ya no pueden hacer nada por ellos*, aunque manifiestan que nadie se lo ha dicho, son conscientes de que el itinerario recorrido en búsqueda de salud tiene su fin y están a la espera del desenlace final, con el deseo de no sufrir y ser cuidados hasta el final.

## 10

Castillo., Jiménez, Torres<sup>10</sup> en Cuba, en el año 2005 estudiaron: Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal, el cual fue realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. El objetivo fue valorar la atención de enfermería al paciente, teniendo en cuenta que presentan necesidades físicas, espirituales y emocionales afectadas. Como metodología se utilizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. De una población de 196 enfermeros se seleccionó una muestra de 80, se aplicó una entrevista con variables de interés para el estudio. Los resultados a los que llegaron los autores fueron que el 57,6 % del personal no conoce todas las alteraciones psíquicas que presentan los pacientes, se detectaron deficiencias en la comunicación paciente- enfermero, atribuido a la sensación de impotencia ante problemas no posibles de resolver por los

enfermeros y sentimientos de lástima, lo que no permite mantener el equilibrio en la relación enfermo- familia equipo tratante.

Se encontró el trabajo de Regina., Pezo, Alves, Machado<sup>11</sup>., en Sao Paulo, Brasil, en el 2004, denominada: “El cuidado de la persona con cáncer, un abordaje psicosocial”, cuyo objetivo fue contribuir con reflexiones respecto a la temática y presentar una propuesta con este abordaje, como un instrumento de intervención de enfermería capaz de considerar la singularidad del sujeto con cáncer y su familia, en el modo de vivenciar sus experiencias, y los impactos que el cáncer provoca en la vida psíquica y social. Respecto a la metodología, este fue un trabajo de revisión. Los resultados muestran que la profesión de enfermería existe para atender las necesidades de salud de las personas. A medida que esas necesidades se modifican, debe suceder el cuidado a la persona enferma. Frente a esos cambios, también, hubo necesidad de que la profesión desvíe el foco del cuidado de la persona hacia la familia. La relación entre estados emocionales y cáncer es conocida desde el siglo XIX, sin embargo poco considerada por muchos profesionales. Más grande es la relación entre el estado anímico y el progreso del tumor. "No hay quimioterapia más eficiente que una palabra amena, ni radiaciones más benéficas que el toque mágico de una mano que acoge.

#### b) Nacional

Se encontró la tesis de Barzola y Loayza<sup>12</sup>. para optar el título de enfermera especialista en cuidado enfermero en oncología, presentada a la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Wiener en Lima, Perú en el año 2016; la cual se tituló: “Impacto de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida y muerte digna de personas con cáncer terminal”. La tesis tuvo por objetivo determinar el impacto de los cuidados paliativos en la calidad de vida y muerte digna de la persona con cáncer terminal. La metodología fue de tipo revisión sistematizada de bibliografía de 13 artículos especializados que sintetiza múltiples investigaciones primarias Los resultados mostraron el impacto positivo de brindar tratamiento paliativo al preservar la calidad de vida y el derecho a la muerte digna. El atender los problemas más frecuentes en la etapa terminal mejora la sobrevida del enfermo y su familia generando un sentimiento de satisfacción y disminución del sufrimiento teniendo en

cuenta el trinomio paciente-familia- equipo de salud. Se concluyó que los cuidados al final de la vida se fundamenta en tres contenidos prioritarios: control sintomático y cuidados de confort, respeto al paciente y al entorno familiar, y la necesidad de un marco ético en la toma de decisiones. Los cuidados paliativos generan un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida conservando de esta manera el derecho a morir con dignidad.

#### c) Local

A nivel local se encontró la tesis de licenciatura de Vega <sup>13</sup> en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, realizado en el año 2014, denominado: “Cuidado de enfermería en el sufrimiento de personas oncológicas en fase terminal según la teoría del Cuidado Caritativo”. El objetivo fue: describir, analizar y comprender el cuidado de enfermería en el sufrimiento de las personas oncológicas en fase terminal según la teoría del cuidado caritativo en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. La metodología fue cualitativa con enfoque descriptivo. Con respecto a los resultados se obtuvieron tres categorías: Ética del cuidado en el sufrimiento: dignidad y caridad, el alivio del dolor y los cuidados básicos: apoyo en el sufrimiento, y acompañamiento espiritual a través del fomento de la fe en Dios y trascendencia.

Se encontró la tesis de Castillo y Vásquez <sup>14</sup> . presentada para optar el título profesional de licenciado en enfermería a la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, en el 2012, titulada: “Cuidado paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes”, cuyo objetivo fue caracterizar y analizar el cuidado paliativo brindado por las enfermeras en el servicio de Medicina general. La metodología fue cualitativa y el enfoque de estudio de caso. Los resultados se estructuraron en cuatro categorías y dos subcategorías. La primera categoría resaltó a la enfermera asumiendo el cuidado paliativo en el servicio de Medicina; con dos sub categorías: La conceptualización que posee la enfermera de cuidados paliativos y criterios para brindar este tipo de cuidados. La segunda categoría menciona a la familia como sujeto de cuidados y cuidador. La tercera y cuarta categoría menciona los limitantes para brindar cuidados paliativos, y alternativas de solución frente a estos limitantes.



## 1.2. Base Teórica Conceptual

Cuando hablamos del cuidado enfermero, es difícil conceptualizarlo, puesto que este abarca una serie de aspectos a tomar en cuenta.

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

El cuidado de enfermería además promueve y restaura el bienestar físico, síquico y social, además de ampliar esas posibilidades, así como las capacidades para asociar diferentes posibilidades de funcionamiento factibles para la persona. El cuidado de enfermería debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida

saludable y para el beneficio del bien común. 15

Es por esta razón que la enfermera para poder desempeñar una buena labor con respecto al cuidado debe reunir valores y virtudes que generan un mejor trato hacia el paciente, una relación de confianza y afecto, saludar con respeto y amabilidad; disposición para hacer un poco más de lo que le corresponde; ponerse en el lugar del otro; considerar la circunstancia (miedos, estrés, angustia) en las que acude el paciente; apoyar a otros miembros del equipo de salud para resolver problemas; valorar el lugar de trabajo, y los recursos de los que se disponen; valorar y respetar las actividades de los compañeros; respetar la discreción y confidencialidad, ya que todo ello forma parte del trato digno e integral hacia los enfermos y familiares los cuales deben ser tratados con amabilidad en

todo momento. 16

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Este empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por esta y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar. Esta experiencia facilita la armonía. También presenta algunas definiciones que considera importantes, entre ellos se encuentra que ella reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones e integral,

con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

17

Ella presenta una teoría la cual se denomina “Teoría del cuidado humano”, esta teoría de enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren un cuidado holístico que promueva el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

18

Dentro de su teoría toma en cuenta cuatro aspectos fundamentales para el cuidado: Interacción enfermera – paciente, el campo fenomenológico, la relación de cuidado transpersonal y el momento del cuidado.

18

En el primer aspecto Interacción enfermera – paciente, ella considera que el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud, enfermedad, interacción persona - medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente).

18

En el segundo aspecto ella toma en cuenta que el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

18

En el tercer aspecto que es la relación de cuidado transpersonal, ella ve este cuidado como una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

18

18

Para Watson<sup>18</sup>, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto yo y por el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado

18

(sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la

18

persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

Finalmente en el cuarto aspecto según Watson una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de

18

estar en el momento de cuidado con su paciente.

Además Watson describe en su teoría diez factores curativos en los cuales basa su teoría:

Primero, estar auténticamente presente, permitir y sostener el sistema de creencias profundas y la visión subjetiva del mundo de la vida de uno mismo y del ser cuidado. Significa volver la atención a lo que la persona está experimentando para apoyar al individuo en su sistema de creencias y descubrir las cosas que sostendrán e inspirarán

19

esperanza o fe para esa persona.

Segundo, alentar y apoyar el sistema de creencias e inculcar la fe y la esperanza del ser auténticamente presente para fortalecer y mantener el sistema de creencias profundas y la subjetividad de su mundo, la vida y del ser cuidado.

20

El mantenimiento de la fe, el respeto a la creencia del otro, son elementos esenciales en el acto de conectar entre sí. Así que sin ningún menosprecio a la ciencia debe inculcar la fe y la esperanza con el fin de aumentar las capacidades inherentes del ser.

20

Tercero, la sensibilidad del yo y del otro para lograr avances en relación con el universo mediante el cultivo de las prácticas espirituales propias y del yo transpersonal, superando el ego. Para desarrollar el cuidado transpersonal, es necesario estar en concordancia con la evolución de las prácticas de ser, como parte de un todo y en relación con el universo.

20

Cuarto, desarrollar y mantener una relación auténtica de ayuda-confianza. Estar con un paciente o colega en una relación de cuidado-curación es una elección. Uno puede "seguir el procedimiento" y ofrecer una atención segura y eficaz, pero un estándar mucho más alto se establece cuando la enfermera deliberadamente crea el potencial de una relación de sanación para que este ocurra. Dentro de este marco, el profesional que cuida tiene que cultivar una conciencia preocupada como parte integral del proceso de curación.

19

Quinto, presencia y apoyo de expresión de sentimientos positivos y negativos con una conexión espiritual con el yo y con el ser cuidado. Constituye el permitir por parte de enfermería que la persona sujeto de cuidado exprese aquello que le parece positivo y aquello con lo que no está conforme. Constituye un acto de solidaridad con la persona de permitirle expresar la libertad de su ser.

21

Sexto, apoyar la solución creativa de problemas mediante la combinación de los conocimientos y la intuición como parte del proceso de atención, la participación en el cuidado de las prácticas artísticas para lograr la reconstitución. Es importante que las enfermeras hagan uso no sólo de los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en el mundo académico científico, sino también su intuición, el sentido común, el conocimiento estético, ético, personal y sus experiencias de la vida para realizar el cuidado.

20

Sétimo, promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal. La enseñanza y el aprendizaje son actividades clave de la atención de enfermería. Es el papel de la enfermera crear un ambiente de enseñanza-aprendizaje que apoye la trayectoria curativa del cliente. Y

aunque algunas de las principales actividades externas de la atención de enfermería directa a menudo implican el cuidado del cuerpo físico, hay una parte significativa de la práctica que implica la mente y el espíritu del paciente también.

19

Octavo, supone no sólo el hecho de hacer por ejemplo, que la habitación donde está la persona sea modificada. Este factor va más allá de la situación externa como es mantener el lugar seguro, libre de riesgos, confortable y limpio, hasta la situación interna que conlleva un ambiente de relajación y paz para la persona en los diversos actos de cuidar como: proporcionar comunicación adecuada o brindar protección en momentos difíciles, construyendo con la persona un ambiente armónico más allá del físico, si se está por ejemplo, cambiando la ropa de cama, administrando medicación o brindando baño.

21

Noveno, ayudar con las necesidades básicas con conciencia de cuidado y potenciar la alineación mente-cuerpo-espíritu, permitiendo que emerja la espiritualidad. Este factor implica la satisfacción completa de las necesidades humanas de la persona, no sólo aquellas físicas involucradas en el momento que vive, por ejemplo en la enfermedad, sino que todas las necesidades son responsabilidad de enfermería desde un enfoque de cuidado y curación, considerando desde las básicas hasta las de trascendencia. El término espiritual no evoca la relación religiosa, sino la conexión perfecta entre cuerpo-mente-espíritu cuando las necesidades están satisfechas. Una persona puede recibir analgésico ante un dolor físico, pero si se investiga, puede haber además dolor interno, aquel que no se cura con analgesia, sino con otros cuidados.

21

Décimo, permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma) se traduce en que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión.

22

Se realiza en ocasiones el cuidado en dependencia de la habilidad de la enfermera para percibir y afirmar la subjetividad del otro. Este es un concepto más activo que el término respeto como manifestación de cortesía, porque se manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona. Otra dimensión de este proceso es la habilidad de la enfermera para sentirse unida y cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos.

22

La enfermería es la profesión que tiene el privilegio de estar junto a la persona en situaciones de fragilidad, para ofrecer confort físico y espiritual, como un diferencial de valor humanístico; cuestiones como la trascendencia y el morir son posibilidades cercanas en situaciones límites y la necesidad del cuidado es evocada. Vera Regina Waldow afirma que el cuidado es relacional, siempre en función del otro; en la enfermería, el otro es la persona y su familia, los que necesitan su cuidado, incluye todo lo que circunda, su contexto, su entorno y las influencias que de ello se derivan, en la compleja interacción con el medio ambiente. Lo expresa en una comprensión más amplia: “Constituye una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo, o sea, un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, con la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de su espiritualidad. Cuidado es, en último término, contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida”.

23

Ella toma como referencia a la teoría de Donahue, que establece una relación entre la enfermera y la persona cuidada. Waldow, dice que el cuidado nace de un interés, de una responsabilidad, de una preocupación y de un afecto. Por eso la cuidadora se dedica a dar, además de atención y afecto, fortalecimiento y actividades que posibiliten el bienestar, la restauración del cuerpo, del alma y de la dignidad.

23

Para que el cuidado realmente se de en su plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación del paciente y su familia. A esto debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar: Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: la conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad.

23

El cuidado, incluso es silencioso e interactivo ya que de una u otra manera se debe ayudar al paciente, esto implica apoyarlo al enfrentar los momentos difíciles, permaneciendo presente y solidaria y auxiliándolo a extraer el significado de la experiencia vivida.

23

Al hablar de cuidado enfermero, este supone la atención y satisfacción de las necesidades humanas. Existe un sinnúmero de teorías que la enfermera usa como base para el cuidado a la persona, una de estas es la propuesta por Maslow

24

llamada “Teoría

motivacional”, en ella sugiere que las personas serían poseedoras de una tendencia intrínseca al crecimiento o auto perfección, una tendencia positiva al crecimiento, que incluye tanto los motivos de carencia o déficit como los motivos de crecimiento o desarrollo. Maslow introduce el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana. La jerarquía está organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentran en las partes más bajas, mientras que necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, las de estima; y las necesidades de desarrollo, las cuales serían las de autorrealización y las necesidades de trascendencia. Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se buscan satisfacer.

El adulto con cáncer, generalmente presenta ciertas características que identifican que están en la fase terminal, tales como: un aumento de la sensación de cansancio, debilidad y somnolencia; también presentan un interés disminuido por levantarse de la cama, recibir visitas o por entender que es lo que pasa alrededor de ellos; y también es frecuente que presenten periodos de confusión constante que se acompaña de angustia y agitación.

25

Otra característica particular de estas personas es que ellas están expuestas a un dolor constante, el cual muchas veces no se puede controlar ni con medicamentos, representando, una de las necesidades que demanda priorización, teniendo en cuenta que

26

Richard Kalish en la modificación que realizó en la teoría motivacional de Maslow dividió las necesidades fisiológicas en dos partes, siendo la primera “las necesidades de supervivencia” y la segunda “las necesidades de estimulación”, considerando a la evitación del dolor parte de las necesidades de supervivencia.

El diagnóstico de enfermedad por cáncer genera impacto en el paciente, sin embargo, el ambiente hospitalario puede también afectar. El hecho de estar separado de la familia, el vestir ropa del hospital, equipos médicos instalados alrededor de la cama del paciente, tomas repetidas de muestras de laboratorio, líneas intravenosas y vecindad de personas gravemente

enfermas contribuyen a aumentar el estrés en relación con la enfermedad. El impacto de la enfermedad aumenta cuando se torna crónica ya que exige que el individuo realice cambios en su estilo de vida, que en ocasiones deben ser permanentes.

27

La separación de la familia y de los amigos produce sensaciones de aislamiento, desolación y estrés. Otros factores generadores de malestar son la pérdida de la privacidad, la exposición a procedimientos como endoscopias digestivas o sondas nasogástricas, que para los médicos constituyen procedimientos de rutina, pero que al paciente le generan temor y malestar. El dolor y los trastornos del sueño también son frecuente causa de malestar emocional en estas personas.

27

Con respecto a la fisiopatología de esta enfermedad, podemos decir que el cáncer es una enfermedad genética, es decir, es causado por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, especialmente la forma como crecen y se dividen.

28

Los cambios genéticos que causan cáncer pueden heredarse de los padres. Pueden suceder también en la vida de una persona como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por el daño al ADN causado por algunas exposiciones del ambiente. Las exposiciones ambientales que causan cáncer son las sustancias, como los compuestos químicos en el humo de tabaco y la radiación, como los rayos ultravioleta del sol.

28

Los cambios genéticos que contribuyen al cáncer tienden a afectar tres tipos principales de genes; proto-oncogenes, genes supresores de tumores y genes reparadores del ADN.

28

Los proto-oncogenes se dedican al crecimiento y división celular normal. Sin embargo, cuando estos genes se alteran en ciertas maneras o son más activos de lo normal, ellos pueden convertirse en genes causantes de cáncer (u oncogenes), al permitir a las células que crezcan y sobrevivan cuando no deberían.

28

Los genes supresores de tumores se dedican también a controlar el crecimiento y la división celular. Las células con algunas alteraciones en los genes supresores de tumores pueden dividirse en una forma sin control.

28

Los genes reparadores del ADN se dedican a arreglar un ADN dañado, sin embargo las células con mutaciones en estos genes tienden a formar mutaciones adicionales en otros genes. Juntas, estas mutaciones pueden causar que las células se hagan cancerosas.

28



Algunos de los síntomas , según el lugar de aparición pueden ser:

- Un lunar nuevo o un cambio en un lunar existente
- Una llaga que no sana

Cambios en los senos, como:

- Cambios en el tamaño o en la forma del seno o del pezón
- Cambios en la textura de la piel del seno

Un engrosamiento o abultamiento en la piel o debajo de ella  
Ronquera o tos que no se quita

Cambios en los hábitos del intestino

Dificultad o dolor al orinar

Problemas para comer, como:

- Malestar después de comer
- Dificultad para pasar alimentos
- Cambios de apetito

Aumento de peso o adelgazamiento sin razón  
conocida Dolor abdominal

Sudores nocturnos sin explicación

Hemorragia o secreción no acostumbradas, como:

- Sangre en la orina ○
- Hemorragia vaginal
- Sangre en la materia fecal

Debilidad o mucho cansancio

Cuando la persona se entera que tiene cáncer, puede que sienta que su vida cambió por completo. Una vez que la conmoción pasa, comienza el proceso de hacer cambios. Es posible que la persona tenga que reordenar cosas en su vida a medida que comienza el tratamiento. Puede que tenga que aprender nuevas formas de hablar con sus seres queridos y con su equipo de asistencia médica. Y probablemente tenga que hacer muchas preguntas

sobre cómo adaptarse a todos los problemas nuevos que el cáncer trae consigo. 29

Esta enfermedad también puede ocasionar una amplia variedad de sentimientos que la persona no está acostumbrada a enfrentar. Asimismo, puede hacer que muchos sentimientos parezcan ser más intensos. Estos sentimientos pueden cambiar a diario, cada

hora o incluso cada minuto. Esto pasa ya sea que la persona esté en tratamiento, haya  
terminado el mismo o sea un amigo o familiar del paciente.

30

Es necesario comprender que el estado terminal es la suma de los acontecimientos previos a la muerte que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones a consecuencia de una enfermedad que no responde a los tratamientos  
específicos siendo su fin último la muerte de la persona.

31

En el caso del cáncer cuando el equipo de atención médica del paciente determina que este ya no puede ser controlado, por lo general, cesan los exámenes clínicos y el tratamiento del cáncer. Sin embargo, la atención de la persona continúa, con énfasis en mejorar tanto su calidad de vida como la de sus familiares, y en mantener el bienestar de  
ellos durante las semanas o meses siguientes.

31

Los medicamentos y tratamientos que reciben las personas con cáncer durante el periodo final de su vida pueden controlar el dolor y otros síntomas, tales como el estreñimiento, las náuseas. Algunas personas permanecen en el hogar cuando reciben estos tratamientos, mientras que otras son internadas en un hospital o en otro establecimiento de  
salud.

31

El período al final de la vida es diferente para cada persona. Las señales y síntomas que las personas presentan varían a medida que su enfermedad continúa, y cada persona tiene necesidades únicas de información y de apoyo. Los familiares del paciente deberán conversar unos con otros y también con el equipo de atención médica sobre las preguntas e inquietudes  
que tengan con respecto a la etapa final de la vida, a medida que se presentan.

31

La comunicación sobre los cuidados al final de la vida y las decisiones que se toman durante los últimos meses de vida del paciente son muy importantes. Investigación revela que si una persona con cáncer avanzado habla con tiempo con su médico de sus opciones de cuidado, su tensión disminuye y su capacidad para sobreponerse a la enfermedad aumenta. Los estudios indican también que los pacientes prefieren una conversación abierta y honesta con su médico acerca de las alternativas en cuanto a cuidados al final de su vida al principio de su  
enfermedad y sienten más satisfacción cuando tienen esta conversación.

32

Los últimos días en la vida de una persona enferma que se encuentra en fase terminal, requieren una atención especial. En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia. Estas necesidades requieren un

enfoque dirigido a potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual; a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz; y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible. La atención en los últimos días del paciente implica un diagnóstico adecuado, comprender las características

25

del sufrimiento del enfermo y proporcionar los mejores cuidados.

En esta fase del cáncer se deben brindar cuidados de alivio a la persona para que de esta forma se mejore su calidad de vida. El objetivo de estos cuidados es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de esta enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, sociales y espirituales correspondientes. El

33

objetivo no es curar la enfermedad.

Aunque cualquier profesional médico puede proporcionar estos cuidados al tratar los efectos secundarios y problemas emocionales del cáncer, hay algunos profesionales médicos que tienen una concentración particular en este tipo de cuidados. El especialista es un profesional médico que se especializa en el tratamiento de los síntomas, de los efectos

33

secundarios y de los problemas emocionales que sufren los pacientes.

Muchas veces, los especialistas trabajan como parte del equipo multidisciplinario para coordinar el cuidado médico. Este equipo puede estar formado por médicos, por enfermeras, dietistas titulados, farmacéuticos y por asistentes sociales. Muchos equipos incluyen psicólogos o capellanes del hospital. Los especialistas pueden recomendar a los médicos de atención primaria cómo controlar el dolor y otros síntomas en sus pacientes. Estos continúan teniendo a sus médicos de atención primaria quienes son los que

34

administran los cuidados respectivos.

Dentro de este equipo también se encuentra la enfermera desempeña un rol imparcial, cuyo cuidado tiene una visión humanística, en la cual se considera no solo la dimensión física, sino también las preocupaciones psicológicas, sociales y espirituales del paciente. A pesar de no ser posible la cura para estos pacientes, esta situación no genera deterioro en la relación enfermero-paciente, muy por el contrario los lazos se vuelven más estrechos, lo que es beneficioso para ambos. Como un ser activo, el paciente puede ser

35

parte de las decisiones y de los cuidados brindados para sí mismo.

Con relación al paciente con cáncer, además de las posibilidades terapéuticas es importante conservar la calidad de su salud. Frente a este trabajo, las enfermeras enfrentan

una dificultad, la cual es desarrollar medios para brindar sensiblemente el cuidado de enfermería, de tal forma, que el paciente pueda conservar su salud de acuerdo con la naturaleza terminal de la enfermedad. La mayoría de veces, el ser humano con cáncer terminal es visto como un individuo dependiente de la familia, incapaz de tomar decisiones e iniciativas sobre su destino, encontrándose incapacitado de participar en aspectos relacionados a la sociedad a la cual pertenece. Tomando como justificativa la protección, este ser humano tiene reservado un lugar especial, tanto en la familia como en el hospital.

34

La filosofía utilizada asociada a los supuestos éticos y asistenciales, torna a los cuidados un valioso instrumento para mejorar las condiciones de vida de la familia y el paciente con neoplasia. Siendo la finalidad, proporcionar un cuidado humanizado, con calidad de vida de acuerdo a sus necesidades, compartiendo de esta forma conocimientos y respeto entre los profesionales de salud, el enfermo y sus familiares.

34

# CAPÍTULO II

## MARCO METODOLÓGICO

### 2.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativo - descriptivo, porque es un proceso que describe situaciones y eventos. Esto es, cómo es y se manifiesta determinado fenómeno.<sup>36</sup>

El enfoque cualitativo se justifica, porque en esta investigación, se describió la variable cualitativa: cuidado enfermero a pacientes adultos con cáncer terminal, cuya obtención de datos fue derivada del contacto directo de las investigadoras con el sujeto en estudio.

### 2.2. Enfoque

El presente trabajo de investigación fue realizado empleando la metodología de Estudio de caso.

Los estudios de caso son investigaciones a profundidad sobre individuos, grupos, instituciones o entidades sociales; sirven para investigar fenómenos que no se han estudiado con el debido rigor y brindar al investigador un conocimiento íntimo del estado, las interacciones y el entorno del sujeto.<sup>37</sup>

El estudio de caso debe ser simple y específico. El caso es siempre bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio. El caso puede ser similar a otros, pero es al mismo tiempo distinto, pues tiene un interés propio, singular.<sup>37</sup>

El caso se destaca por constituirse en una unidad dentro de un sistema más amplio. El interés por lo tanto incide en aquello que el caso tiene de único, de particular, aunque posteriormente vengan a quedar evidentes ciertas semejanzas con otros casos o situaciones.<sup>38</sup>

El presente trabajo de investigación utilizó el estudio de caso para describir, analizar y comprender el cuidado que brindan las enfermeras del servicio de Medicina en un hospital del MINSA, al paciente con cáncer en fase terminal; para lo cual se tuvo en cuenta las fases del estudio de caso:

**La Fase Exploratoria:** El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada

Esta fase se inició con la identificación de la problemática que surgió a partir de la experiencia observada de las investigadoras durante las prácticas de pregrado, determinándose así el objeto a investigar, por lo que se abordó todos los cuidados de enfermería al adulto con cáncer en fase terminal para analizar y comprender como es que la enfermera toma en cuenta el holismo en dichos cuidados.

En este momento se estableció el contacto inicial en el campo de estudio, el servicio de medicina de un hospital del MINSA, decidiéndose dicho servicio previo análisis según el objeto de estudio.

Se identificó a los informantes: las enfermeras y los familiares cuidadores de los pacientes con cáncer en fase terminal. Además se buscó acceso a las anotaciones de enfermería archivadas en las historias clínicas de dichos pacientes.

**Delimitación del Estudio:** Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, se procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos semi-estructurados, técnicas variadas, cuya elección fue determinada por las características del objeto de estudio.

En esta fase se realizó la recolección de los datos a través de técnicas como la entrevista abierta a profundidad, utilizándose una entrevista semi estructurada, tanto para el sujeto de estudio y para el recojo de datos del familiar cuidador del paciente; dichas entrevistas fueron registradas a modo de grabadora de audio; excepto una entrevista a una enfermera, la cual optó por que se tome nota de su relato en lugar de ser grabado, por lo que se trató de mantener la fidelidad del mismo. Además una lista de cotejo que se aplicó a las anotaciones de enfermería registradas en las historias clínicas.

**El Análisis Sistemático y la Elaboración del Informe:** Ya en la fase exploratoria del estudio surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.

Una vez recolectada la información, se procedió a la transcripción de las entrevistas y extraer unidades de significado, siempre tomando en cuenta los objetivos de la investigación, asignándoles un código, nombre o etiqueta que intente compilar el significado emergente; para luego obtener categorías y subcategorías que contribuirán a la construcción del caso en estudio.

En esta fase se trabajó con el contenido de los instrumentos, analizando los datos, teniendo en cuenta la base teórica.

Para el desarrollo del estudio se tuvo en cuenta los principios propios que permitieron centrarse en el objeto en estudio, los cuales son:

*Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento:* A pesar que el investigador parta de algunos presupuestos teóricos iniciales, el procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio.

El cuadro teórico inicial servirá de esqueleto, de estructura básica, por lo que se ha incluido definiciones que versan sobre el cuidado a la persona con cáncer, cáncer en fase terminal, persona en fase terminal por cáncer. Sin embargo durante la obtención de datos, discursos de los investigados se fue buscando nuevos elementos que permitieron estudiar a profundidad este cuidado.

*Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto:* Un principio básico de este tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso tomar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para poder comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y la interacción de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurre o a la problemática determinada a la que están ligadas. La investigación consideró analizar el contexto en el que se viene desarrollando el objeto en estudio, como uno de los medios para la comprensión total del fenómeno.

*Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información.* En el desarrollo del estudio de caso, el investigador, recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una variedad de informantes.



Las fuentes de información del presente estudio fueron las enfermeras, quienes representan el sujeto de estudio, los familiares cuidadores de los pacientes que recibieron los cuidados de enfermería y las anotaciones de enfermería en las historias clínicas archivadas de los pacientes, con la finalidad de triangular la información y darle mayor consistencia.

*Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda.* El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes.

En la investigación se considerará también la interrelación que debe existir entre el sujeto de estudio y su entorno; con el fin de describir el objeto en estudio, analizarlo a profundidad teniendo en cuenta todos sus componentes.

*El estudio de caso revela experiencias secundarias que permiten generalizaciones naturales:* El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales. Este principio permitió a las investigadoras plasmar la realidad existente en el escenario en el que se desarrolla el caso y poder de esta manera proporcionar datos relevantes que permitan a otros lectores reconocer dicha realidad similar a la suya en un contexto parecido al que se desenvuelve esta investigación y tomar dichos datos para seguir en la misma línea de investigación.

*Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social.* Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación.

Bajo este principio se pudo analizar los diversos puntos de vista o juicios emitidos por las enfermeras, los familiares de los pacientes, además de la evidencia del cuidado enfermero en las anotaciones de enfermería.

*Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatorios de investigación:* Los datos del estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografía, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo informal,

narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones, es posible también que en un mismo caso tengan diferentes formas de relato dependiendo el tipo de usuario a que se destina. La preocupación aquí es como una transmisión directa, clara y bien articulada del caso y en un estilo que se aproxime a la experiencia personal del investigador. Se puede decir que el caso es construido durante el proceso de estudio, el relatorio final, donde queda evidente si él se constituye realmente en un estudio de caso. Este principio se aplicó durante el análisis de la investigación, citando las unidades de significancia tanto de las enfermeras como de los familiares, y de las anotaciones de enfermería, permitiendo un fácil acceso a las personas interesadas en la línea de investigación.

### **2.3. Población y Muestra**

#### **Población**

La investigación realizada consideró como sujetos población a las 20 enfermeras que laboran en el Servicio de Medicina Interna de un hospital del MINSA, entendiéndose ésta como aquel profesional que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica.

Para triangular la información se han considerado como sujetos de investigación al familiar cuidador de la persona con cáncer en fase terminal y otra fuente de información fueron las anotaciones de enfermería encontradas en las historias clínicas de las personas en fase terminal hospitalizadas.

A continuación se muestran los criterios que se establecieron para incluir o excluir cada fuente de información:

#### **Criterios de inclusión del personal de enfermería:**



Personal profesional de enfermería que labora en el servicio medicina varones y mujeres y que haya atendido en un plazo no mayor de 1 mes a una persona con cáncer en fase terminal y muerte.



Personal profesional de enfermería que estará presente, y voluntariamente accederá a participar en la aplicación de la entrevista.



Personal profesional de enfermería con un mínimo de 06 meses de experiencia profesional en el servicio de Medicina Interna.

### Criterios de exclusión

Personal profesional de enfermería que no acceda a participar en la aplicación de la entrevista

### Criterios de inclusión del familiar cuidador de la persona con cáncer en fase terminal:



Ser el familiar cuidador principal de la persona con cáncer en fase



terminal, hospitalizado en el servicio medicina varones y mujeres.

Que el familiar cuidador principal sea mayor de edad: hijo, cónyuges, padres.



Personal cuidador principal por un espacio no menor de siete días

### Criterios de exclusión

Familiares que no accedan a participar en la aplicación de la entrevista

### Criterios de inclusión de las anotaciones de enfermería:



Anotaciones del Personal profesional de enfermería que labora en el servicio medicina varones y mujeres y que haya atendido en un plazo no mayor de un mes a una persona con cáncer en fase terminal y muerte.



Anotaciones del Personal profesional de enfermería que dio su autorización para realizarle



la entrevista y voluntariamente accedieron a participar en la aplicación de la entrevista.

Anotaciones de enfermería de un turno completo.

### Criterios de exclusión

Anotaciones de enfermería no legibles para las investigadoras

## Muestra

El proceso de selección de las enfermeras y de los pacientes fue intencionada; es decir se abordaron a las enfermeras que se encuentren en turno los días que las investigadoras visiten el servicio de hospitalización de medicina. De igual manera se identificaron intencionalmente a los familiares directos de los pacientes con diagnóstico de cáncer en fase terminal.

La delimitación de la muestra se realizó a través de la técnica de saturación donde se realiza la selección de casos de acuerdo con tipologías teóricas hasta el punto en que ya

no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante.<sup>39</sup> Lo cual se consiguió en la octava entrevista que se aplicó a las enfermeras del Servicio de Medicina Mujeres – Varones; y en la novena entrevista a los familiares.

Las edades de las enfermeras oscilaron entre 25 y 50 años, manifestaron pertenecer a las religiones: católica (07 enfermeras), cristiana (01 enfermera) además tenían estudios de especialidades, una de ellas estaba estudiando para el grado de magíster y una enfermera mencionó no haber realizado estudios posteriores a su licenciatura.

Con respecto a los familiares, se encontraban entre los 23 y 40 años, pertenecientes a las religiones católica (06 familiares), cristiana (03 familiares)

Además se revisaron las historias clínicas de los pacientes cuyos familiares fueron entrevistados y se analizaron las cuatro anotaciones de enfermería que fueron encontradas.

## 2.4. Técnica e Instrumentos de recolección de Datos

Se recurrió a las enfermeras, familiar de la persona que se encuentra hospitalizada en fase terminal del cáncer y las anotaciones de enfermería registradas en la historia clínica. Así, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista abierta a profundidad, previa aceptación y firma del documento de consentimiento informado por parte de las enfermeras y familiares de los pacientes. Además se recolectó la información encontrada en las anotaciones de enfermería dentro de las historias clínicas bajo la técnica de análisis documental, con la cual se pudieron verificar las características del registro de los cuidados de enfermería.

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta. Esta se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el

entrevistado) u otras (entrevistados).<sup>40</sup> En este caso información acerca de los cuidados que

brinda la enfermera a los adultos con cáncer en fase terminal. La entrevista abierta a profundidad permitió sostener una conversación con las personas para lo cual se utilizó una grabadora de audio previa autorización y se evitó que ellas presenten alguna incomodidad, favoreciendo se sienta libre de explicar de la mejor manera las preguntas planteadas.

El instrumento de la entrevista abierta fue una guía de entrevista abierta a profundidad, dirigida a las enfermeras y otra a los familiares cuidadores. La estructura de la guía de entrevista fue de dos partes. La primera contiene datos generales: seudónimos, edad, tiempo de trabajo, estado civil, estudio de pos grado o especialidad (en el caso de las enfermeras) La segunda parte contiene datos específicos; es decir las preguntas directamente relacionadas con el objeto en estudio ver apéndice 02: entrevista dirigida a las enfermeras. Ver apéndice 03: entrevista dirigida a los familiares cuidadores.

Asimismo, se utilizó como técnica de recolección de datos de las anotaciones de enfermería, el análisis documental el cual es un conjunto de operaciones realizadas para representar el contenido del documento de forma distinta al original para facilitar la

consulta o recuperación de información<sup>41</sup>; y el instrumento en el que se vaciaron los datos fue una guía de análisis documental<sup>25,24</sup> un listado de aspectos a evaluar, sean contenidos, actividades, conductas, etc., al lado de los cuales se puede especificar la evidencia encontrada y la clasificación de la misma. Ver apéndice 4: guía de análisis documental

## **2.5. Análisis de los datos**

Las entrevistas fueron grabadas en un archivo de audio, el cual fue transcrito completamente. Se codificó cada entrevista con seudónimos con el fin cumplir el rigor científico de confidencialidad, designándose nombres de piedras preciosas a las enfermeras y nombres falsos a los familiares cuidadores. Se incluyeron las pausas, muletillas, y otros eventos que sirvieran para interpretar el contexto de la información brindada.

Los transcritos fueron analizados a través de un enfoque temático. Este adicionalmente puede expandirse para incluir atributos asociados a palabras clave y otros elementos semánticos como sinónimos, localización en el texto, y palabras o frases a su alrededor. Este va más allá de contar palabras o frases explícitas y se enfoca en la identificación y

descripción de ideas implícitas y explícitas. Para esto último los códigos asignados a ideas son ligados a los datos originales para algún análisis posterior.

42

Dentro del enfoque temático se utilizó el método de comparación constante o referido como “Codificación”. Para realizar un análisis de comparación constante, el investigador primero lee el juego entero de datos. Después de hacer eso, el investigador secciona los datos en partes significativas. Luego a cada pedazo le asigna un código. El investigador compara cada retazo nuevo con códigos previos, para que retazos similares sean marcados con el mismo código. Luego que todos los datos hayan sido codificados, los códigos son agrupados por similitud, y un tema es identificado y documentando basándose

43

en cada agrupación, surgiendo así cada categoría y sub categoría.

La codificación fue inductiva. Esto es los códigos fueron generados de los datos y no predeterminados por teoría. Para esto último, los transcritos fueron leídos y releídos. Para luego identificarse unidades de significado. Cada transcrito ya sea del familiar o enfermera y sus unidades de significados respectivos fueron llevados a hoja de cálculo Excel 2010, con el fin de establecer orden en la información recolectada. A cada unidad de significado se le asignó una ubicación en el texto original para posterior consulta del contexto, y un código. Este proceso fue realizado separadamente por ambas investigadoras y luego corroborado con un tercero hasta encontrar concordia.

Con respecto a las anotaciones de enfermería, fueron procesadas a través de la guía de análisis documental. Transcribiendo las secciones solicitadas en dicha guía para luego ser analizadas.

## **2.6. Rigor científico**

A continuación se señalan los principios o criterios de rigor científico que se tuvieron en cuenta en el trabajo de investigación:

### **Credibilidad**

En la investigación se aplicó la triangulación, que consiste en el uso de múltiples fuentes de información sobre el tema en estudio, en este caso se consultaron tres, recolectando

información sobre el mismo fenómeno de estudio con el fin de aumentar la credibilidad de los resultados.

### **Transferibilidad o aplicabilidad**

En el caso de la investigación cualitativa solo se pueden hacer ciertas inferencias lógicas sobre situaciones o poblaciones que sean muy similares a la estudiada.

En este estudio se desea que a través de la interpretación de los datos, estos puedan aplicarse en otros contextos, de manera tal que garantice la integralidad de dimensiones en el cuidado enfermero que se brinde a las personas con cáncer en fase terminal.

### **Confirmabilidad**

Una vez obtenidos los resultados de la investigación, estos se han presentado de manera lógica, clara y concisa, describiendo minuciosamente la metodología utilizada, con el fin de que investigadores posteriores en el tema obtengan similares resultados a este estudio.

## **2.7. Principios Bioéticos**

Al realizar una investigación en ciencias de la salud, como lo es Enfermería, generalmente se trabaja con seres humanos, por ello se tuvo especial cuidado para asegurar que sus derechos se encuentren protegidos.

Por lo tanto se ha considerado los lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos, los cuales fueron aprobados en el D.S N°-011-2011-.JUS Los principios son los

siguientes. **44 Principio de respeto a la dignidad humana**

La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentalización de ésta. La persona es considerada siempre como sujeto y no como objeto. En el caso de la presente investigación, este principio se respetó en el momento de entrevistar, realizándose a manera de una conversación más no como una mecanización de pregunta – respuesta.

### **Principio de primacía del ser humano y de defensa de la vida física**

El interés humano debe prevalecer sobre el interés de la ciencia. La investigación y aplicación científica y tecnológica deben procurar el bien integral de la persona humana. Es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana y no la persona humana al servicio de la ciencia.

Cualquier investigación realizada en personas humanas considerará la aplicación del principio de lo más favorable para la persona humana, buscar hacer siempre el bien y evitar el mal. La vida corporal y espiritual de la persona humana representa un valor fundamental reconocido por el Estado desde la concepción hasta su muerte natural.

Este principio se puso en práctica al garantizar a las enfermeras que laboran en el servicio de mujeres y varones, que el proceso de la investigación no pondrá en riesgo la integralidad de su persona, puesto que es un trabajo que servirá como base para la mejora del cuidado enfermero a los pacientes con cáncer en fase terminal.

### **Principio de autonomía y responsabilidad personal**

La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este entendido viene integrada a la responsabilidad personal

Se procedió a aplicar los instrumentos respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada. El consentimiento en tales términos supone el reconocimiento del derecho del paciente a ser tratado como persona libre y capaz de tomar sus decisiones.

En el caso de nuestra investigación, las enfermeras y los familiares cuidadores fueron debidamente informados a través de un documento, en donde se plasmó la información necesaria acerca del estudio a realizar y en el cual, voluntariamente aceptaron su participación en él.



## **Principio de sociabilidad y subsidiaridad**

La vida y la salud no sólo corresponden un bien personal sino también social. Toda persona debe comprometerse a considerar su propia vida y salud, así como la de los demás como un verdadero bien.

La subsidiaridad comienza por el respeto a la autonomía del paciente, que considera atender a sus necesidades sin sustituirle su capacidad de decidir y actuar.

El principio de sociabilidad y subsidiaridad obliga a la comunidad a ayudar donde la necesidad sea mayor, por ello se entiende que la protección de la salud es de interés público y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Se aplicará este principio puesto que las investigadoras retornarán al servicio donde será aplicado el instrumento, con los resultados del estudio para que el personal de enfermería reflexione sobre cómo optimizar sus cuidados a la persona en fase terminal con cáncer.

Indirectamente se hará subsidio con los pacientes con cáncer en fase terminal, pues recibirán cuidados integrales a partir de la autoreflexión de las enfermeras, sobre las limitaciones de sus cuidados

## **Principio de beneficencia y ausencia de daño**

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas se deberá tener como objetivo el bien del paciente. Ese bien abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social.

Existe la obligación de no producir daño intencionadamente. Aunque el paciente tiene la posibilidad de decidir sobre el tratamiento a seguir, se considerará el daño posible a ocasionar y el parecer del médico tratante.

La investigación y aplicación científica y tecnológica no debe comportar para el ser humano riesgos y efectos nocivos desproporcionados a sus beneficios.

Este principio bioético fue usado en esta investigación ya que al momento de realizar la entrevista tanto a la enfermera como al familiar se evitó usar preguntas muy personales o que las hagan sentir incomodidad, para que de esta manera no haya forma de ocasionar algún tipo de daño sobre todo psicológico en ambas personas.

## **Principio de igualdad, justicia y equidad**

Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen.

De acuerdo a las necesidades sanitarias y la disponibilidad de recursos, se adoptarán las medidas adecuadas para garantizar el acceso a la atención de salud de manera justa y equitativa.

Este principio bioético estuvo presente en esta investigación puesto que se estableció un contacto personal con cada enfermera y paciente debemos tratar a todos y cada uno de ellos de forma igualitaria adaptándonos a cada caso para hacerlo de una manera equitativa, entonces de esta forma la investigación no tendrá respuestas alteradas por algún inconveniente.

# CAPÍTULO III

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos por las investigadoras al aplicar las entrevistas semi estructuradas abiertas a profundidad a ocho enfermeras y nueve familiares cuidadores, además se realizó un contraste con cuatro anotaciones de enfermería; surgiendo tres categorías con sus sub categorías.

### **I. CUIDADOS CENTRADOS EN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BIOFÍSICAS**

- 1.1 La evitación del dolor, prioridad del cuidado de enfermería.
- 1.2 Satisfaciendo las necesidades de nutrición e hidratación.
- 1.3 Necesitando apoyo para las necesidades de eliminación.
- 1.4 Oxigenación, una necesidad dependiente para sobrevivir.

### **II. CUIDADOS DIRIGIDOS A LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES PSICOFÍSICAS Y PSICOSOCIALES**

- 2.1. Apoyando la expresión de la religiosidad del paciente con cáncer terminal.
- 2.2. Estableciendo relación de confianza
- 2.3. Permitiendo la presencia de la familia

### **III. EL USO DE FRASES ESTEREOTIPADAS COMO LIMITANTE PARA BRINDAR EL CUIDADO.**

## **CATEGORÍA I: CUIDADOS CENTRADOS EN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BIOFÍSICAS**

El ser humano es un ser con todo tipo de necesidades, y siempre está en busca de satisfacerlas. Así es como el psicólogo Abraham Maslow resumió en la imagen de una pirámide, la jerarquía de las necesidades humanas. Estas necesidades tienen un orden de prioridad para su satisfacción.

45

Más tarde Richard Kalish mejoró el modelo de necesidades propuesto por Maslow al separar las necesidades fisiológicas en dos grupos: las necesidades para la supervivencia y las necesidades que provienen de los estímulos. Esta división es especialmente útil para ayudar al enfermero en la selección de prioridades.

46

En este caso nos enfocaremos en las necesidades de supervivencia que son las que se deben satisfacer primero en un paciente con cáncer terminal puesto que el organismo de estos pacientes se encuentra bastante débil, entonces con proporcionarles la alimentación adecuada, un buen aporte de oxígeno, se les está brindando calidad de vida.

### **1.1 La evitación del dolor, prioridad del cuidado de enfermería.**

El dolor en la fase terminal del paciente oncológico es inminente. Es el síntoma que a medida que la enfermedad se agrava, este también aumenta en intensidad.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como "una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión".

47

La sensación dolorosa es una respuesta neurofisiológica muy compleja que consta principalmente de dos componentes, el propiamente sensorial, que constituye el elemento objetivo básico del dolor y el componente afectivo-conductual, orientado a detener el dolor tan pronto como sea posible y, en ocasiones, en el caso del dolor crónico da lugar a

48

reacciones depresivas, de ansiedad, temor, etc. Por tanto es también una experiencia emocional. El dolor altera el afecto del paciente, deseo de vivir, relaciones familiares, sueño, apetito, espiritualidad y habilidad para participar en actividades físicas.

47

La valoración del dolor en el paciente con cáncer es compleja y por lo tanto se debe tener el conocimiento de los diferentes tipos de dolor: agudo y crónico; somático, visceral y neuropático, ya que todos pueden presentarse en el paciente con cáncer. La comprensión de

la fisiopatología y los elementos para la evaluación del dolor podrán disminuir el tiempo que un paciente debe esperar antes de recibir un tratamiento adecuado, puesto que a veces la búsqueda de la información puede demorarse días o semanas. Al igual que en otros síndromes que conllevan dolor, la evaluación precisa, completa y sistemática del dolor provocado por el cáncer es crucial para identificar la etiología subyacente y el desarrollo de un plan de tratamiento. Uno de los avances más importantes en el estudio y tratamiento del dolor ha sido el conocimiento adquirido en relación con la forma de evaluarlo y de medirlo.

49

En la valoración de dolor por cáncer es fundamental establecer una relación de confianza con el paciente, explicarle que el objetivo principal es el alivio del dolor y el sufrimiento y motivar a una comunicación abierta sobre los síntomas, ya que la meta principal es el alivio del dolor y mejorar su calidad de vida.

48

*“En el paciente con cáncer el dolor es intenso, y tratando el dolor, el paciente fallece pero sin dolor”. (E. Perla)*

Una revisión sistemática que abarcó la literatura científica de 40 años encontró una prevalencia de dolor en cerca del 53% de los pacientes enfermos de cáncer, de los cuales la tercera parte lo calificó como moderado o severo. Además, una tercera parte de los pacientes continuó con dolor a pesar del tratamiento, esto nos da a entender que el dolor es el último signo que prevalece en los pacientes con cáncer terminal.

48

El tratamiento correcto del dolor debe comenzar por una evaluación integral del dolor y de las consecuencias que tiene sobre el estado funcional del paciente. Es importante preguntar siempre si hay dolor, ya que el paciente puede no referirlo espontáneamente, recoger y creer todo lo que el paciente nos refiere, establecer una buena comunicación, crear la confianza y seguridad mediante una escucha atenta y dedicación de un tiempo suficiente.

50

*“Puesto que el dolor es el último signo de estos pacientes, primero lo valoramos para poder medicarlo” (E. Zafiro)*

*“La enfermera le pregunta si tiene alguna molestia, y también le toma la temperatura”. (F. Katy)*

En los discursos anteriores la enfermera expone que estos pacientes al final de su enfermedad, cuando agónicos, continúan sintiendo dolor. Además manifiesta que valorar el

dolor es importante para poder concluir en una medicación específica para el paciente valorado.

El familiar asevera que la enfermera si valora el estado inicial del paciente, preguntando por la presencia de molestias físicas, sumado a ello, valora el signo vital de la temperatura corporal.

Para las enfermeras el brindar cuidado para el dolor de las personas es hacerlo con el propósito de calmar su sufrimiento. Ellas aseveran que el dolor de estas personas no puede ser aliviado, y a pesar de ello, intentan brindarles confort en la medida de lo posible a través de la administración de fármacos, favoreciendo la limpieza y movilización.

*“Se les brinda comodidad en la medida de lo posible, porque a ellos no se les alivia con nada. Se les administra su tratamiento para el dolor, se les deja limpios, se les moviliza, todo esto para que se tranquilicen un poco” (E. Rubí)*

*“Se les brinda confort movilizandolos a los pacientes cada 2 horas si estos no se pueden mover, también se prioriza los medicamentos para calmar el dolor” (E. Diamante)*

*“Tratamos de brindarle confort al paciente calmándole el dolor, arreglando su unidad”. (E. Turquesa)*

Este cuidado se justifica puesto que el aseo y confort de un paciente, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo.

51

Los familiares corroboran dichos discursos manifestando:

*“Le cambian la cama, le traen agua para que se lave” (F. Vanesa)*

*“La enfermera que está a cargo de mi tío lo baña” (F. Katy)*

Ellos corroboran los discursos de las enfermeras, expresando que ellas favorecen el aseo físico de estos pacientes.

Las enfermeras junto con brindar comodidad y confort también deben tratar de aliviar el dolor de manera farmacológica, entonces la enfermera debe planificar acciones dirigidas a aliviar dicho malestar, sea con medicación u otras intervenciones que considere oportunas según sea el caso.

La escalera analgésica de la OMS incluye tres escalones: en el primer escalón se usa un AINE y cuando éste no controle el dolor se añade un opiáceo débil (segundo escalón). Cuando esta combinación deja de ser efectiva el opiáceo débil es remplazado por

uno potente (tercer escalón), manteniendo el tratamiento del primer escalón. 52

Los enfermeros manifiestan:

*“Yo trato de aumentarle un poquito el goteo de la morfina o de la analgesia, para de esa manera aliviarles el dolor y brindarles confort”. (E. Jade)*

*“Les he administrado su tratamiento pero les dura poco tiempo y el dolor sigue”. (E. Rubí)*

*“Brindamos cuidados en la parte farmacológica sobretodo administrarles medicamento para el dolor”. (E. Topacio)*

Las enfermeras ponen énfasis en la medicación para el alivio del dolor en este tipo de pacientes porque manifiestan que aliviándoles el dolor ellos permanecerán confortables. Además señalan que la vida media de dichos fármacos no es suficiente, puesto que el dolor vuelve y con ello el sufrimiento de las personas.

De igual manera, los familiares manifiestan que las enfermeras están pendientes de los fármacos que se les ha suscrito y que frecuentemente regresan a la unidad de la persona cuidada para revisar si el medicamento se ha terminado, o a verificar que no haya problemas con su administración.

*“Las enfermeras le ponen el medicamento a su hora” (F. Rosa)*



*“Le colocan la medicina según lo que deja especificado el medico” “Se acercan al paciente cuando le toca algún remedio, y a veces se acercan a ver si está normal o si ya se le acabó algún medicamento.” (F. Peque)*

*“Le colocan la medicina que le corresponde, a veces en inyecciones” (F. Mónica)*

*“Están pendientes de colocarle el tratamiento indicado a la hora.” (F. Gladys)*

Los familiares enfatizan el cumplimiento del horario de la medicina por parte de la enfermera, detallando que esta vuelve varias veces para monitorear la administración de estos fármacos.

En las anotaciones de enfermería se observa que son registrados estos cuidados dirigidos al alivio del dolor a través de la medicación:

*“[...] Se administra tratamiento indicado [...]” (H.C.F. Randy)*

*“[...] Se administra metamizol EV, [...], se cumple tratamiento” (H.C. F. María)*

Tras la consulta con la guía de análisis documental, se encuentra que las enfermeras registran el cuidado de la dimensión física del enfermo, tal como la satisfacción de la necesidad de dolor a través de la administración de los medicamentos.

## **1.2 Satisfaciendo las necesidades de nutrición e hidratación.**

La nutrición según la OMS es la ingesta de alimentos en relación con las  
53  
necesidades dietéticas del organismo.

Ahora en aquellos pacientes que presentan el cáncer en la etapa terminal, en los que se ha perdido cualquier esperanza de tratamiento eficaz, la dieta y nutrición forma parte del tratamiento compasivo y no sólo contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente, sino que

54  
también mejora, su estado general.

En los pacientes con cáncer terminal nuestro objetivo desde el punto de vista nutricional será realizar unas recomendaciones dietéticas para poder controlar los síntomas que puedan aparecer en relación a su ingesta y con ello proporcionarle mayor sensación de bienestar y mejorar su estado funcional, dentro de lo posible. Por lo tanto debemos ajustar

las medidas de soporte nutricional de acuerdo con las expectativas de respuesta y supervivencia del paciente.

55

Con la instauración de soporte nutricional se intenta evitar el deterioro funcional e inmunitario que se produce cuando la ingesta oral sea insuficiente con la aparición de complicaciones derivadas de la desnutrición, infecciones, falta de cicatrización, úlceras por decúbito, etc y facilitar una mejor tolerancia a los tratamientos. El soporte nutricional puede ser por vía oral, enteral o parenteral según la situación clínica del paciente. Las recomendaciones dietéticas que se les dé, irán dirigidas a mejorar la presentación de los alimentos, a facilitar su digestión y absorción y a favorecer el confort, adecuando la

56

alimentación a los síntomas.

Es importante que se tenga especial cuidado en el tipo de nutrientes que el paciente con cáncer terminal está recibiendo. Las enfermeras señalan sus cuidados con respecto a ello:

*“Se debe cuidar que la dieta sea hiperproteica porque reciben un tratamiento fuerte” (E. Turquesa)*

En el discurso anterior la enfermera considera el cuidado de los alimentos que serán ingeridos por los pacientes terminales de acuerdo a sus necesidades nutritivas, ella dice que el tratamiento para estos pacientes es fuerte, lo que quiere decir que podría dañar su organismo mientras cumple su función médica, por lo tanto estos pacientes deben recibir nutrientes necesarios enfrentar en la medida de lo posible dichos efectos del tratamiento.

Además las enfermeras necesitan conocer todos los factores que afectan el estado nutricional del paciente. La historia clínica incluye, generalmente datos actuales de la salud del paciente. Esta información servirá de ayuda a la enfermera para planear y buscar la forma de satisfacer esta necesidad usando los medios necesarios. Ella debe estar capacitada para ayudar tanto al paciente como a la familia sobre todo a esta última para que

57

contribuya a su buena alimentación, evitando cualquier complicación.

El tratamiento nutricional requiere el análisis de los diversos factores que contribuyen a las alteraciones nutricionales del paciente. Para ello, es recomendable que se evalúe precoz y periódicamente el estado de nutrición y los factores que pueden contribuir a su deterioro y se inicie sin demora, cuando esté indicado. Para todo ello, tiene que haber una información detallada de la situación clínica y un canal de comunicación abierto con el enfermo y su

familia por parte de todo el equipo médico. Sobre todo con la familia que es la que está en constante contacto con el paciente y puede influenciar en la alimentación de este.

58

*“En su alimentación tenemos bastante cuidado, evitando alimentos externos que traen los familiares, porque su sistema inmunológico está deprimido”. (E. Perla)*

*“Evito que el familiar haga cosas que perjudique la salud de su paciente, por ejemplo se le restringe determinados alimentos porque su organismo podría no tolerarlos y causarle problemas digestivos”. (E. Topacio)*

Los fármacos antineoplásicos no actúan selectivamente sobre las células tumorales, lo que explica el amplio espectro de toxicidades en diferentes órganos y sistemas del organismo.

59

Por lo tanto el paciente puede presentar disminución de leucocitos, exponiéndolo a infecciones. Por ello las enfermeras refieren cuidar que los familiares no ofrezcan a los pacientes alimentos externos al servicio de medicina.

El cáncer conforme avanza e incluso su mismo tratamiento puede afectar el gusto, el olfato, el apetito y la capacidad de comer suficientes alimentos o absorber los nutrientes de los alimentos. Esto puede causar desnutrición. La desnutrición también puede provocar en el paciente debilidad, cansancio e incapacidad de combatir las infecciones. Es por eso que la enfermera debe estar preparada para ayudar al paciente en cada fase de esta enfermedad

60

buscando maneras de satisfacer esta necesidad.

Además para satisfacer esta necesidad, la enfermera debe realizar procedimientos que apoyen a los pacientes terminales cuando ellos ya no pueden alimentarse solos por vía oral. Las enfermeras manifiestan:

*“Cuando son pacientes que ya no comen, se les alimenta a través de una sonda nasogástrica”. (E. Perla)*

*“La colocación de sonda nasogástrica para cuando ya no pueden comer...”. (E. Girasol)*

La misma enfermedad avanzada hace que los pacientes no puedan realizar el proceso de deglución correctamente. En estos casos, la nutrición enteral por sonda permite controlar mejor la cantidad y la calidad de los nutrientes.

La enfermera también debe verificar que los alimentos proporcionados no le estén causando algún malestar al paciente, de lo contrario se tendría que comunicar y sugerir al médico tratante cambiar la dieta que estaría recibiendo. Se puede corroborar esta acción de enfermería con lo que dice un familiar:

*“Vienen y le preguntan a mi mamá... si a la hora que comió no le indigestó “. (F. Gladys)*

En cuanto a las anotaciones de enfermería realizadas en las historias clínicas de estos pacientes, se observa que no existe un registro de la alimentación que recibe cada paciente.

Además otros familiares no manifestaron más cuidados observados.

### **1.3 Satisfaciendo la necesidad de apoyo para la eliminación.**

La necesidad de eliminación es una necesidad fisiológica y su función es la eliminar los desechos y toxinas resultantes del metabolismo celular. Por tanto es una necesidad básica del ser humano.

La eliminación en la persona se realiza de dos maneras: eliminación urinaria e intestinal.

Por un lado la eliminación urinaria o diuresis la mayor parte de los desechos nitrogenados del metabolismo celular se excretan por la orina. El aparato urinario tiene un papel importante en la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos del cuerpo.

Ambas funciones son esenciales para conservar la homeostasis fisiológica. Con la orina se elimina la mayor parte del exceso de agua corporal y el adulto promedio elimina entre 1000 y 1500 ml de orina en 24 horas. Este volumen varía según el líquido ingerido y la cantidad que se pierde por los otros medios. La orina normal es transparente y de color

61

ámbar claro. Cuanto más oscura, más concentrada.

Ahora en los pacientes con cáncer este proceso de eliminación puede verse alterado por varios factores como son: la poca ingesta de líquidos en la dieta, la disminución del tono muscular, entre otros. En este caso la enfermera debe encontrar las medidas adecuadas para hacer que esta necesidad no se vea alterada.

*“Realizamos la colocación de sonda Foley cuando no pueden miccionar por si solos”. (E. Girasol)*

En este caso el sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, lo cual se realiza con el paciente

62

para ayudar a la eliminación urinaria y así evitar el riesgo a una infección.

Por otro lado la eliminación intestinal o deposiciones son la resultante de los productos de desecho de la digestión. Los productos de la digestión llegan al colon en forma semilíquida. Éste los procesa y absorbe la mayor parte del líquido que circula por el aparato digestivo tornándolos en heces semisólidas y por último en sólidas. Las heces normales son formadas y suaves, de forma cilíndrica, de color café pardo. Su eliminación es de 100 a 400 gramos diarios según la cantidad de fibra en la dieta y la frecuencia de

61

eliminación es de 1 a 3 veces al día hasta una vez cada dos o tres días.

El estreñimiento supone el síndrome de disfunción intestinal más frecuente en los pacientes con cáncer y sometidos a terapias con citostáticos y opiáceos. Es más frecuente en mujeres (en una proporción 3:1) y afecta a un 40% de pacientes con enfermedad avanzada,

63

aumentando esta incidencia al 90% de pacientes bajo tratamiento analgésico con opiáceos.

Es habitual que los pacientes que reciben tratamiento paliativo presenten estreñimiento, debido al uso de medicamentos como los opiáceos para aliviar el dolor, a factores alimentarios y de movilidad, así como a factores relacionados con la propia

enfermedad. El estreñimiento lo presentan la mayoría de los pacientes a medida que avanza la enfermedad, es decir, es un síntoma constante en el enfermo con cáncer avanzado. <sup>63</sup>

Por esta razón la enfermera siempre debe valorar: frecuencia y consistencia, síntomas asociados (náuseas, vómitos, dolor, distensión abdominal, retención urinaria, inquietud); ruidos intestinales. <sup>64</sup>

Los cuidados de enfermería fueron manifestados por los familiares de la siguiente manera:

*“Vienen y le preguntan a mi mamá..., si ha defecado, orinado lo normal...”. (F. Gladys)*

*“La enfermera viene cada cierto tiempo a revisarlo... y le pregunta cuantas veces ha ido al baño”. (F. Piscis)*

*“La enfermera... le pregunta si hizo sus necesidades normales...”. (F. María)*

En los discursos anteriores, los familiares cuidadores afirman que la enfermera valora continuamente la función de eliminación de dichos pacientes.

En cuanto a las anotaciones de enfermería observadas en las historias clínicas de estos pacientes, se observa que no existe un registro de los cuidados realizados por las enfermeras acerca de la satisfacción de necesidades de eliminación.

#### **1.4 Oxigenación, una necesidad dependiente para sobrevivir.**

La necesidad de oxigenación es también una de las más importantes para la supervivencia. Este y el alimento son indispensables para cada una de las células del cuerpo, para que se realicen dentro de ellas los procesos químicos del metabolismo y puedan mantener las funciones del organismo. <sup>57</sup>

Normalmente, el oxígeno lo toma el cuerpo del aire que respira. Cuando una persona tiene dificultad para satisfacer su necesidad de este elemento, de inmediato lo nota, su respiración se ve afectada en frecuencia y profundidad, y muestra gran ansiedad. 57

En el proceso respiratorio normal intervienen cinco factores los cuales son: la disponibilidad del oxígeno en cantidad y calidad adecuada, los mecanismos que regulan el proceso respiratorio. El mecanismo principal de control es el centro respiratorio, localizado en el bulbo raquídeo, que incluye los centros inspiratorio y expiratorio, la ventilación, la difusión del O<sub>2</sub> y del CO<sub>2</sub> entre alveolos y la sangre y ésta a las células de los tejidos, el transporte de oxígeno a las células y eliminación del dióxido de carbono de las mismas por el torrente sanguíneo. 57

En pacientes con cáncer terminal esta necesidad se ve afectada ya que la enfermedad se encuentra en una etapa muy avanzada siendo uno de los problemas más comunes la disnea, presentándose en un 40% - 50 % de los casos con cáncer avanzado y hasta un 70% en los casos específicamente pulmonares. 64

Uno de los procedimientos más comunes a realizar con este tipo de pacientes es la oxigenoterapia la cual se emplea cuando existe una interferencia directa o indirecta en la oxigenación normal de los tejidos. Las células del cerebro requieren oxigenación constante; si el aporte de oxígeno a las células cerebrales se interrumpe de cinco a siete minutos, se presentan cambios irreversibles en las mismas. 57

Por esta razón enfermera debe permanecer alerta para observar los signos de la falta de oxígeno. Los signos de anoxia que debe valorar son: aumento de las pulsaciones, respiración superficial y rápida, ocasionalmente cianosis e inquietud en aumento. Ella también debe revisar que el paciente esté en una posición adecuada para que haya mayor aporte de oxígeno a la cavidad pulmonar. 57 Como lo refieren en el siguiente discurso:

*“Si el paciente se encuentra con oxígeno, se le coloca en un posición de 45° para que haya buena fluidez de oxígeno hacia sus pulmones”. (E. Diamante)*

La enfermera coloca al paciente en posición semifowler, en esta posición la cabecera de la cama esta elevada hasta formar un ángulo de 45°. Esto ayudará a que haya una expansión pulmonar adecuada.

65

Estos cuidados realizados por la enfermera son corroborados por los testimonios de los pacientes.

*“La enfermera le pregunta si tiene dificultad para respirar para colocarle el oxígeno, luego viene a revisar el oxígeno...”. (F. Katy)*

En cuanto a las anotaciones de enfermería realizadas en las historias clínicas de estos pacientes, se observa que no existe un registro de estos cuidados.

## **CATEGORÍA II: CUIDADOS DIRIGIDOS A LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES PSICOFISICAS Y PSICOSOCIALES**

En esta categoría se destacó la relación de la persona en fase terminal con una fuerza creadora y el cuidado que brinda la enfermera por favorecer dicha relación.

La satisfacción de estas necesidades abordan la dimensión espiritual del ser humano. Watson, dentro del Proceso Caritas de Cuidado señala al segundo factor curativo, el cual propone alentar y apoyar el sistema de creencias e inculcar la fe y la esperanza del ser auténticamente presente para fortalecer y mantener el sistema de creencias profundas y

10

la subjetividad de su mundo, la vida y del ser cuidado.

Según Watson, la espiritualidad es el aspecto esencial del ser humano que guía su estado físico y mental. Hoase <sup>66</sup> la señala como una energía creativa e integradora que se basa en las creencias y en el sentido de estar interconectado con una fuerza mayor que la persona misma; una fuente de fortaleza interior y de paz que ayuda a expresar los puntos de vista del individuo y su comportamiento mientras busca tener esperanza y dar significado a su vida.

La espiritualidad constituye un campo de desarrollo subjetivo en el cual una persona construye de forma simbólica el sentido de su vida y busca hacer frente a la vulnerabilidad



66  
de la vida humana , como lo es la amenaza de muerte que el cáncer en fase terminal representa.

67  
Para Bermejo , la dimensión religiosa comprende de la disposición y vivencias de la persona de sus relaciones con Dios, dentro del grupo al que pertenece como creyente y con modos concretos de expresar la fe y las revelaciones.

El pertenecer a una religión no forma parte fundamental de la espiritualidad, esta última se da en todos los contextos sociales donde se interactúa, y que puede llevarla a cabo cualquier persona sin importar una denominación religiosa particular; sin embargo, el profesional de enfermería reconoce que para algunos pacientes, las creencias y prácticas religiosas pueden ser parte importante de su espiritualidad individual. 68

Las necesidades del ser humano son bastante amplias y siempre se está buscando satisfacerlas, dentro de estas se encuentran las necesidades de afecto, que a pesar de que no estén en la base de la pirámide de Kalish, tienen un gran impacto en el ser humano.

Estas necesidades tienen relación con el valor que la compañía tiene para el ser humano, con el aspecto afectivo y su participación social. El enfermo requiere comunicarse con otras personas, establecer amistad o relación con ellas, manifestarles y recibir afecto, vivir en familia o en comunidad, pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de éste, lo que hace que el apoyo emocional y social sea clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales estresantes como puede ser el cáncer terminal. En la medida en que la que el enfermo cuente con apoyo externo, podrá mejorar su calidad de vida. 69

La familia del paciente y su entorno más cercano serán los principales precursores del apoyo emocional y social. Ellos tratarán de cubrir a lo largo de todas las fases de la enfermedad, las necesidades de afecto, de amor y de pertenencia del paciente. La respuesta de la pareja, padres, hermanos o hijos ante la enfermedad es fundamental para la adaptación del paciente, por lo que la estructura familiar ha de ser evaluada como un predictor de la calidad de vida y del afrontamiento a la enfermedad. El impacto del cáncer puede ser tan devastador para cada uno de los miembros de la familia como para la persona afectada directamente por la enfermedad y por ende, para la relación entre ellos. 69

El rol de la enfermera juega un importante papel en cuanto a estas necesidades ya que tiene la obligación ética de saber facilitar unos mínimos de apoyo emocional al paciente

y su familia porque éste potencia el estado anímico del paciente y por ende su calidad de vida, les permite afrontar también una variedad de fuentes de estrés, así como manejar más efectivamente los procesos de toma de decisiones y solución de problemas. El personal de enfermería debe hablar a nivel emocional y facilitar la expresión de los sentimientos de los pacientes, que movilizan y orientan adecuadamente su comportamiento en la medida en

69

que se permita expresarlos.

## **2.1. Apoyo para la expresión de la religiosidad de la persona con cáncer terminal**

Se analizaron las intervenciones de enfermería para el apoyo de la religiosidad de la persona, enfatizando la presencia de una autoridad religiosa y el permitir espacios para la oración.

Para algunas enfermeras es importante favorecer la presencia de autoridades religiosas cerca al paciente en fase terminal tal como lo mencionan:

*“Se les conversa acerca de su religión para que traigan al sacerdote o alguien de su grupo religioso y eso les da tranquilidad”. (E. Rubí.-45 años-católica)*

*“Hay que tratar de que tenga una muerte digna [...] con apoyo espiritual dependiendo de la religión que tenga, si son católicos que venga el padre, y si es este protestante, que venga su pastor”.(E. Jade.-47 años – católica- Esp. Geriatria y Gerontología; Msc. Docencia y gestión educativa)*

Según los discursos anteriores, la enfermera valora la religiosidad de los pacientes al preguntarles a qué religión pertenecen, para luego favorecer la presencia de un representante religioso según la fe de cada uno.

La valoración de Enfermería como primer paso en la aplicación del Proceso de Enfermería consiste en recoger y valorar los datos entregados por los pacientes, los

70

familiares o diferentes documentos clínicos.

Durante la fase de valoración, conforme se recopilan los datos, éstos deben verificarse con el usuario y con otras fuentes; si se observan discrepancias, es necesario aclararlas. Como resultado de esta valoración se plantean los diagnósticos de Enfermería y

70

luego se planifican los cuidados de Enfermería que el usuario requiere.

El conocer la cultura religiosa de las personas que se atienden puede ser extremadamente importante para lograr una atención integral. La enfermera y el enfermero

deben considerar que una coherente ética profesional guía naturalmente al ejercicio de la labor enfermera hacia el respeto de las diversas manifestaciones de la religión de cada individuo.<sup>71</sup>

El tener conocimiento sobre las necesidades religiosas de las personas, propicia que los y las profesionales de enfermería brinden una intervención pertinente y de calidad y participen en el proceso de salud de la persona mostrando un interés profesional consecuente con la ética enfermera, ante las diversas necesidades que presenta la expresión de la religiosidad.<sup>71</sup>

Una vez valoradas las creencias religiosas de los pacientes, las enfermeras manifiestan actuar a fin de permitirles la comunicación con un representante religioso.

El asistente espiritual ayuda al enfermo a aceptar la realidad y a considerar el tiempo de la enfermedad como el momento de crecer hacia una auténtica capacidad de amor, de acercamiento a la manera de ser de Dios.<sup>72</sup>

Otra forma de brindar apoyo espiritual a través de la religiosidad es cuando la enfermera manifiesta favorecer un encuentro divino con el paciente dentro del margen de la fe y religiosidad de este, a través de la oración. Tal como lo manifiestan:

*“Son personas desahuciadas, pero es bonito que ellos partan sabiendo que tienen a alguien que los ama y si van a partir, van con él; y pues hago que oren para quitarles esa ansiedad” (E. Perla - 25 años – Esp. Nefrología)*

Las enfermeras reconocen que se encuentran frente a pacientes quienes de manera inminente van a fallecer, y señalan que esta espera les produce ansiedad. Para ello las enfermeras manifiestan que es favorable para estos pacientes saber que existe un Dios que les ama, quien les recibirá en su llegada espiritual tras la muerte y asimismo apoyar su conexión con él a través de la oración.

<sup>73</sup>  
Ante ello, Greschar afirma que los cristianos tienen la oración como una manera de comunicarse con "Dios", en referencia a la existencia de un diálogo entre un "yo" y "tú".

Orar puede ser entendido como una estrategia o actividad que consiste en implorar mejoras del estado de salud a una divinidad omnipotente, en la cual la persona que implora cree. Es una actividad significativa para muchos pacientes debido a su carácter de aminorar el

74

sufrimiento.

Una de las enfermeras manifiesta:

*“Conversamos con el paciente, le decimos que todo tiene un porque, que Dios es el que decide las cosas, dándole una esperanza y hacer que se encomiende a Dios y a la virgen”. (E. Diamante – 41 años - católica)*

La enfermera quien pertenece a la religión católica, dice a sus pacientes que a pesar de su pronóstico, tienen una esperanza en Dios. Además favorece que estos pacientes a través de la oración se pongan bajo la protección de Dios y de la Virgen María.

La esperanza es definida como la posibilidad de tener buenas expectativas en el futuro. Esto juega un papel importante en relación con los enfermos y al tratar de mejorar la calidad de vida de las personas. En el contexto de una enfermedad terminal, la esperanza puede existir a pesar de tener un tiempo limitado. Esta esperanza es reforzada apreciando los valores de nuestros pacientes, reconciliando las relaciones con la familia y amigos, ayudándoles a explorar creencias. Aunque muchos puedan pensar que es difícil de

75

comprender, cuando todo parece perdido, la esperanza puede ser más fuerte que nunca.

La oración permite a las personas conectarse con Dios o un ser superior, ofrecer alabanza y agradecimiento, pedir ayuda o guía y afirmar su fe. Cerca del final de la vida, puede ayudar a las personas a llegar a una comprensión de la enfermedad y la muerte y hacer morir menos aterrador. La oración permite a los pacientes expresar sus esperanzas y

76

temores.

Además una enfermera manifestó haber orado con los pacientes o haberles ayudado a hacerlo tras su solicitud.

*“Estos pacientes tienen la necesidad de que alguien se acerque a ellos de que este acompañándolos, incluso cuando están ya agónicos, “ayúdame a rezar” dicen, uno se acerca y lo hace.” (E. Rubí- 50 años- católica)*

La enfermera ayuda a orar a los pacientes terminales, debido a que estos cuando se ven en el último momento de su vida, sienten la necesidad de estar acompañados para realizar sus prácticas religiosas.

Cada enfermo terminal vive su sufrimiento de manera distinta, al igual su religiosidad, frente a ello la enfermera debe antes valorar la religiosidad de la persona a la que brinda cuidado. Lo cual incluye recolectar datos sobre sus creencias religiosas, rituales,

74  
la práctica o no de la oración.

Cuando las condiciones de salud se deterioran de modo irreversible y letal, el hombre entra en la fase terminal de la existencia terrena. Al sufrimiento físico sobreviene el drama espiritual, como tal, el enfermo terminal es una persona necesitada de acompañamiento

72  
humano.

La enfermera por ser la persona quién está la mayor parte del día cerca del paciente hospitalizado, debe cumplir además un rol de compañía para él, sobre todo sabiendo de la proximidad de la muerte. Esta compañía sugiere disponibilidad, escucha, toque terapéutico

77  
y proporcionar apoyo espiritual , en este caso con el apoyo para la oración.

Las enfermeras pueden facilitar el cuidado espiritual al apoyar la forma de oración del paciente, y entender el significado de la oración para este. Cuando son conscientes de la necesidad y entienden el significado de estas prácticas religiosas, las enfermeras pueden

78  
favorecer la oración en estos pacientes , con mayor razón al ser solicitado por ellos mismos.

Al revisar las anotaciones de enfermería encontradas, en ellas no se registraron cuidados que abarquen esta dimensión de las personas cuidadas.

## **2.2 Estableciendo relación de confianza**

La enfermería desde sus inicios se ha caracterizado por brindar un cuidado holístico hacia la persona, enfocándose en todas sus dimensiones (biológica, psicoemocional, espiritual y social).

Para la enfermera una parte importante es la comunicación eficaz ya que es considerada un instrumento fundamental para el cuidado integral y humanizado porque, por medio de ella,

79  
es posible reconocer y acoger, empáticamente, las necesidades del paciente.

En el campo de la Enfermería, la comunicación representa una herramienta muy importante para la práctica de los cuidados con el paciente. En ese contexto, cuando una persona tiene cáncer en etapa terminal, ocurren cambios de hábito, restricciones, aislamiento, alejamiento de las actividades de rutina, las internaciones recurrentes, que causan intenso sufrimiento. Entonces cuando el enfermero utiliza este instrumento de forma verbal y no verbal, permite que el paciente participe de las decisiones y de los cuidados específicos

relacionados con su enfermedad, con el objetivo de obtener un tratamiento digno. <sup>80</sup>

La enfermera busca interactuar con el paciente a través de la comunicación de pequeñas formas como preguntándole su nombre, explicándole de su enfermedad o incluso con palabras de alivio para así poder generar una relación de confianza

En este caso las enfermeras manifiestan lo siguiente:

*“Me he acercado a los pacientes, sin necesidades de conversar mucho, llamándoles por su nombre para poder ganarme su confianza” (E. Rubí)*

En el discurso anterior se puede notar que la comunicación cobra aún más valor en los pacientes oncológicos terminales ya que es la mejor manera de acercarnos a la persona para conocer cómo se encuentra, que le inquieta o cómo podemos ayudarle. <sup>81</sup>

La confianza que la enfermera se genera con el paciente a través de las diferentes formas de comunicación que ella usa, se ve reflejada en la actitud del paciente.

Al respecto Jean Watson propone como cuarto factor curativo, desarrollar y mantener una relación auténtica de ayuda-confianza. Estar con un paciente en una relación de cuidado-curación es una elección. Uno puede "seguir el procedimiento" y ofrecer una atención segura y eficaz, pero un estándar mucho más alto se establece cuando la enfermera deliberadamente crea

el potencial de una relación de sanación para que este ocurra. <sup>19</sup>

Esto se puede corroborar con lo que los familiares manifiestan:

*“La enfermera conversa con mi papá, y le pregunta cómo se encuentra” (F. Mónica)*

*“La enfermera al momento de colocarle la vía le conversa a mi tío, le pregunta sobre su familia” (F. Katy)*

En los discursos anteriores los familiares cuidadores afirman que la enfermera utiliza la comunicación con el paciente, esto a fin de generar una relación de confianza con este.

De acuerdo con Watson, ella sugiere proporcionar comunicación adecuada o brindar protección en momentos difíciles, construyendo con la persona un ambiente armónico más allá del físico, si se está por ejemplo, cambiando la ropa de cama, administrando medicación o brindando baño.

21

Sin embargo también se encontraron problemas para la comunicación como lo mencionaron algunos familiares:

*“Solamente vino de frente a revisarla, el pañal, la medicina. Lo hizo y se fue, sin preguntar nada” (F. Rosa)*

*“Solamente se acercan al paciente cuando le toca algún remedio, y a veces se acercan a ver si ya se le acabó este algún medicamento. Muy poco habla con el paciente. Ella va, cambia el medicamento y se va” (F. Peque)*

En este caso una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere tiempo, incluye información, comunicación, comprensión y trato digno; sin embargo, para algunos profesionales su desempeño laboral podría significar la realización de procedimientos, sin importar lo que siente o necesita el paciente. Se señala que la enfermera en ocasiones emplea el lenguaje verbal técnico, establece contactos físicos breves y no planificados basados en el cuidado físico y tecnológico

82

sin considerar las emociones.

El cuidado que imparte la enfermera requiere de actitudes empáticas sustentadas en sentimiento de comprensión entre 2 personas, que les permite interactuar mediante acciones individuales con un objetivo común. Se debe trabajar con afecto y calidez, esto favorecerá actitudes humanistas, impulsará el crecimiento emocional y espiritual, permitirá

desarrollar una relación de confianza enfermera – paciente. Los pacientes aprecian a los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad,

característica humana que identifica su relación con el éxito del cuidado integral. 82

Sin embargo los familiares mencionan:

*“Sobre su estado de ánimo tampoco le han preguntado” (F. María)*

*“Deben ponerse más en el caso del paciente, ser más cordial a veces, porque ellos se sienten solos, a veces uno como familiar no podemos estar todo el día entonces eso es lo que falta acá, más comunicación” (F. Katy)*

La importancia de propiciar empatía durante la práctica del cuidado favorece la confianza y el establecimiento de vínculos significativos, que contribuyen en la calidad de

la atención 11, Sobre todo cuando se trata de pacientes en fase terminal, es importante que las enfermeras estimulen al enfermo para que verbalice la ansiedad, sus preocupaciones y dudas acerca de su situación clínica, para brindar un servicio calificado y adecuado a la situación que vive la persona, proporcionándole una muerte digna cuando sea el caso. Se destacó la importancia de la formación en cuidados en la etapa final, por su efecto en la

calidad de vida del paciente con cáncer y en la comprensión de su muerte. 82

Por eso es importante tener en cuenta que la relación de confianza constituye un elemento central en el arte de cuidar. Sólo es posible cuidar a un ser humano vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza, un vínculo presidido por la fidelidad, es decir, de fe en la persona que

interviene en su acción y en el dominio que tiene de dicho arte. 83

En cuanto a las anotaciones de enfermería observadas en las historias clínicas, no existe un registro sobre la comunicación que realiza la enfermera con el paciente.



### 2.3 Permitiendo la presencia de la familia

La familia es la célula social, por el que se inicia la formación de cada uno y lo más importante es la referencia principal a la edad adulta. Ella estará presente e involucrada hasta el final de la vida.

En los pacientes con cáncer terminal los familiares desempeñan una función importante en su cuidado, por lo que es necesario contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio. La mayoría de los equipos de oncología reconocen este hecho y tratan de incluir a los familiares que prestan su asistencia

84

en la planificación y toma de decisiones.

Entonces no es común que una persona enfrente el cáncer o el proceso de muerte en total y completo aislamiento social. Lo deseado es que lo acompañen la familia, los amigos y el equipo de salud. De la misma manera que el paciente es parte integral de la unidad de

85

la familia, así la familia es parte fundamental en el cuidado del paciente.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones

86

generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados.

En este caso las enfermeras manifiestan:

*“Bastante instruimos a la familia en cuestión de que le expresen todo lo que ellos sienten por su familiar, que les digan sus expresiones de amor” (E. Perla)*

*“Conversar con su familia para que vengan a verlos y permitirles que por lo menos un familiar les acompañe durante todo el día para no dejarlos solos, y también nos apoyen en su cuidado” (E. Rubí)*

Para las enfermeras, el significado de la presencia del familiar cuidador cerca de su paciente, es el brindarle un apoyo afectivo, reflejado a través del acompañamiento y las expresiones de amor, como lo refiere el primer discurso.

Pero a veces, el paciente con cáncer terminal se aparta de las personas a medida que la muerte se acerca. Esto es natural y una forma de desconectarse de la vida. Lo mejor que

se puede hacer en estos momentos es tomar en cuenta esta señal de la persona  
(simplemente estar disponible por si necesita ayuda).<sup>87</sup>

Por ello la enfermera manifiesta:

*“Se habla con el familiar y se le dice que debe tener paciencia con su paciente”  
(E. Diamante)*

La enfermera manifiesta que también debemos dar un soporte emocional al cuidador, con respecto a las posibles actitudes del paciente. Este es una persona en fase terminal, que experimenta cambios emocionales y por lo tanto su modo de relacionarse con los demás también cambiará. Entonces ella instruye sobre las actitudes que debe mantener con él y con ello favorecer para la persona un entorno armónico

Por esta razón es importante que la enfermera conozca que familiares son los que están más pendientes del cuidado del paciente ya que ellos junto con la enfermera se encargarán de brindarle una buena atención.

Esto se corrobora con lo que manifiestan los familiares:

*“Hay unas enfermeras que sí preguntan sobre sus familiares a cargo...quiénes son, que parentesco tienen” (F. Rosa)*

Sin embargo tampoco se encontraron evidencias de este cuidado en las anotaciones de enfermería observadas.

### **CATEGORIA III: EL USO DE FRASES ESTEREOTIPADAS COMO LIMITANTE PARA BRINDAR EL CUIDADO.**

Otra de las actitudes analizadas a partir de los discursos es la utilización de frases estereotipadas por parte de la enfermera al encontrarse con el sufrimiento expreso de la persona que cuida.

Se entiende por estereotipo, ciertos conceptos prefijados, simples y homogéneos sobre la forma de ser de las personas de otros grupos, o sobre la realidad social de los

88  
otros.

En el ámbito hospitalario, al ser frases hechas y rutinarias, se demuestran como declaraciones de apaciguamiento o estímulo por parte de las enfermeras, en situaciones de estrés para el paciente; emitidas de forma tal que demuestran falta de interés profesional o falso apoyo. Puede indicar molestias en mantener la conversación o deseo que terminarla pronto. Consolará pero de manera superficial. Por lo general, la enfermera no es consciente

89  
del significado que este tipo de verbalización tendrá para el paciente.

Se ha encontrado la utilización de estas frases en los discursos de las enfermeras:

*“He tenido la oportunidad de conversar con el paciente, a veces al momento de colocarle su vía o administrarle un medicamento, le pregunto su estado de ánimo y se le dice que su enfermedad es un proceso en el que hay que tener paciencia.”*(E. Girasol)

*“No hay tiempo pero tratamos de conversar, preguntarle cómo se siente. Explicarle el proceso del dolor, que es por su misma enfermedad, que tiene que tener paciencia”* (E. Topacio)

Las enfermeras señalan la limitación del tiempo para poder entablar comunicación con los pacientes, pero manifiestan encontrar espacios para conversar con ellos, al ejecutar procedimientos de enfermería como la colocación de vía endovenosa o mientras va a administrarle su medicamento. Ellas exponen que les preguntan sobre su estado de ánimo, sin embargo también explica que se le habla sobre su enfermedad y el dolor que padecen como un proceso en el cual ellos deben tener paciencia.

La hospitalización significa para un paciente terminal uno de los elementos que más pueden afectar su identidad. Ello puede estar vinculado a una necesidad de ayuda, a un

90  
pedido de disminución del sufrimiento o alivio de síntomas. Ante esto el paciente con cáncer terminal confía en que el equipo sanitario comprenda su sufrimiento como tal, y su dolor sea aliviado con acciones concretas antes que con frases preparadas que al notarlo,

lejos de calmarle, generan en la persona más dudas e incrementan su desesperanza y miedos.

En contraste, para actuar como el paciente en fase terminal espera, el enfermero debe demostrar empatía. Esta es la disposición interior a ponerse en la situación existencial del otro, con el fin de comprender sus sentimientos y actitudes en una determinada situación. No se trata de identificarse con la otra persona para sentir lo mismo, sino de entrar imaginariamente en el mundo del otro para ver las cosas desde su punto de vista.

91

La enfermera le pregunta al paciente sobre su estado de ánimo, y generalmente en los casos de personas con cáncer, reciben como respuesta no solo la verbalización del dolor, sino además las manifestaciones corporales de este, como gesticulaciones, el llanto, la histeria. En adición, la persona manifiesta como parte de su dimensión emocional, desesperanza y decaimiento. Todo ello muestras del sufrimiento que están viviendo.

Frente a ello, el profesional cuidador se torna vulnerable. Descubrimos nuestra propia necesidad de ayuda al entrar en contacto con el sufrimiento del otro, lo que nos empuja a protegernos en la relación, poniéndonos máscaras y adoptando una actitud de defensa ante el miedo a una implicación emotiva, tendiendo a tranquilizar, solicitar paciencia, aconsejar, juzgar y respondiendo con frases hechas, frases estereotipadas.

91

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El grupo de enfermeras estudiado conoce la importancia de satisfacer las necesidades psicofísicas lo cual se manifiesta en la primera categoría.

Se pudo notar que la mayoría de enfermeras se equivoca al percibir la dimensión espiritual necesariamente como una esfera religiosa, al manifestar el apoyo para la religiosidad de cada paciente

La mayoría de enfermeras ha referido lograr una relación de confianza con la persona cuidada, incluyendo a la familia como parte importante en la participación del cuidado del paciente.

Las enfermeras utilizan frases estereotipadas durante el cuidado de sus pacientes., lo que se considera como limitante para el cuidado puesto que lejos de aliviar el dolor o sufrimiento, significa para el paciente terminal, muestras claras de ausencia de empatía e interés por ellos.

## **RECOMENDACIONES**

### **A la institución de salud:**

Sugerir un aumento del número de profesionales de enfermería en dicho servicio, teniendo en cuenta que el paciente oncológico terminal es de grado de dependencia III y IV, demandando un cuidado más personalizado.

Proponer un registro integral de los cuidados de enfermería para hacer evidente la integralidad de dicho cuidado.

### **A las instituciones formadoras:**

Generar otras investigaciones acerca del cuidado humanizado, puesto que es una teoría integrada al paradigma del cuidado transformador, reto actual para enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. El Cáncer se previene [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/datos.asp>
2. OMS | Cáncer [Internet]. WHO. [citado 05 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Alonso C, Bastos A. Intervención psicológica en personas con cáncer. CopMadrid. [Internet] [citado 05 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
4. Harvard College. Background of the problem section. What do you need to consider? [Internet]. [citado 07 de febrero de 2017]. Disponible en: [http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic549684.files/Additional\\_information\\_on\\_BA\\_CKGROUND.pdf](http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic549684.files/Additional_information_on_BA_CKGROUND.pdf)
5. Sampieri R. Metodología de la investigación. MacGraw-Hill/Interamericana; 2006. 850 p.
6. De Cunto G. The Nursing Care in Front of the Dying Process in Oncology. ResearchGate [Internet]. [citado 05 de febrero de 2017]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/301649951\\_The\\_Nursing\\_Care\\_in\\_Front\\_of\\_the\\_Dying\\_Process\\_in\\_Oncology](https://www.researchgate.net/publication/301649951_The_Nursing_Care_in_Front_of_the_Dying_Process_in_Oncology)
7. Lopera M. Nursing care of patients during the dying process: A painful professional and human function. ResearchGate [Internet]. [citado 10 de febrero de 2017]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/279278628\\_Nursing\\_care\\_of\\_patients\\_during\\_the\\_dying\\_process\\_A\\_painful\\_professional\\_and\\_human\\_function](https://www.researchgate.net/publication/279278628_Nursing_care_of_patients_during_the_dying_process_A_painful_professional_and_human_function)
8. Characteristics of Nursing Care for Terminally Ill Patients in Hospice/Palliative Care Unit. ResearchGate [Internet]. [citado 10 de febrero de 2017]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/276497358\\_Characteristics\\_of\\_Nursing\\_Care\\_for\\_Terminally\\_Ill\\_Patients\\_in\\_HospicePalliative\\_Care\\_Unit](https://www.researchgate.net/publication/276497358_Characteristics_of_Nursing_Care_for_Terminally_Ill_Patients_in_HospicePalliative_Care_Unit)
9. Getino Canseco M. A qualitative study of cancer patients receiving palliative support in hospital care. Ciênc Amp Saúde Coletiva [Internet]. septiembre de 2013 [citado 10 de febrero de 2017];18(9):2531-9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232013000900007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232013000900007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
10. Castillo M, Jimenez A, Torres I. Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005). Rev Cuba Enferm [Internet]. junio de 2007 [citado 15 de octubre de 2016];23(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

11. Regina Secoli S, Silva P, Concepción M, Alves Rolim M, Machado AL. El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. *Index Enferm* [Internet]. marzo de 2005 [citado 10 de febrero de 2017];14(51):34-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962005000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Barzola T, Loayza V. Impacto de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida y muerte digna de personas con cáncer terminal [Internet]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Winer; 2016. Disponible en: [http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/41925/1/T061\\_10606305\\_S.pdf](http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/41925/1/T061_10606305_S.pdf)
13. Vega M. Cuidado de enfermería en el sufrimiento de personas oncológicas en fase terminal según la teoría del Cuidado Caritativo [Internet]. [Chiclayo, Peru]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/469>
14. Castillo E, Vásquez L. Cuidado Paliativo de enfermería en el Hospital Regional Docente Las Mercedes [Internet]. [Chiclayo, Peru]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/469>
15. Rocha P, Prado M, Gasperi P, Et. al. El cuidado y la enfermería. *Avances en Enfermería* [Internet]. 19 de enero de 2010 [citado 16 de octubre de 2016];27(1):102-9. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/1295>
16. Osorio Y. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/992>
17. UNS. JEAN WATSON:Teorias de Enfermería [Internet]. [citado 16 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>
18. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actual Enferm* [Internet]. 2007; Disponible en: [https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO\\_HUMANIZADO\\_DE\\_ENFERMERIA\\_VISIBILIZANDO\\_LA\\_TEORIA\\_Y\\_LA\\_INVESTIGACION\\_EN\\_LA\\_PRACTICA.pdf](https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf)
19. Caruso EM, Cisar N, Pipe T. Creating a healing environment: an innovative educational approach for adopting Jean Watson's Theory of Human Caring. *Nurs Adm Q*. junio de 2008;32(2):126-32.
20. Dos Santos M, Sanson Z, Ribeiro L. Human caring processes: direction for nursing care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. septiembre de 2006 [citado 19 de enero de 2017];19(3):332-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-21002006000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002006000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)



21. Castañeda RFG. Proceso caritas en una narrativa de enfermería: cuidando al adulto mayor Caritas process in a nursing narrative: caring for the elderly. ResearchGate [Internet]. 5 de diciembre de 2015 [citado 19 de enero de 2017];12(2):79-889. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/303381296\\_Proceso\\_caritas\\_en\\_una\\_narrativa\\_de\\_enfermeria\\_cuidando\\_al\\_adulto\\_mayor\\_Caritas\\_process\\_in\\_a\\_nursing\\_narrative\\_caring\\_for\\_the\\_elderly](https://www.researchgate.net/publication/303381296_Proceso_caritas_en_una_narrativa_de_enfermeria_cuidando_al_adulto_mayor_Caritas_process_in_a_nursing_narrative_caring_for_the_elderly)
22. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cuba Enferm [Internet]. septiembre de 2015 [citado 19 de enero de 2017];31(3):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
23. Castañeda M, Gómez J. El cuidado en vulnerabilidad desde la perspectiva del razonamiento moral y la competencia cultural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 15 de febrero de 2016 [citado 10 de febrero de 2017];24(1):1-3. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=62943>
24. Quintero J. Teoría de las Necesidades de Maslow [Internet]. Teorías y Paradigmas Educativos. 2010. Disponible en: <http://paradigmaseducativosuft.blogspot.pe/>
25. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados paliativos. Atención en los últimos días. Agonía. [Internet]. [citado 16 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/apartado09/atencion\\_ultimos\\_dias.html](http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/apartado09/atencion_ultimos_dias.html)
26. Zambrano S. Técnicas básicas de enfermería: 1era ed. Madrid, España: Ediciones AKAL; 2003. 212 p.
27. Gonzales C, Valencia H, Bersh S. Psychotherapeutic Interventions for Medical-Surgical Patients. Rev, Colomb. Psiquiat. [Internet]. junio de 2006 [citado 16 de octubre de 2016];35:72-91. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502006000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502006000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
28. National Cancer Institute. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. 2015 [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
29. National Cancer Institute. Cáncer - Síntomas [Internet]. [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/sintomas>
30. National Cancer Institute. Los sentimientos y el cáncer [Internet]. 2014 [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos>
31. Rebolledo. Fundamentos de Tanatología Médica. Manejo Integral del Estado Terminal. Tercera Edición. México: DEM; 2006.

32. Los cuidados al final de la vida de personas con cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidado>
33. Cuidados paliativos durante el cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>
34. Cuidados paliativos durante el cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos>
35. Santos MCL, Pagliuca LMF, Fernandes AFC. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 1 de abril de 2007 [citado 10 de febrero de 2017];15(2):350-4. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2438>
36. Gomez. Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Brujas; 2006. 194 p.
37. Polit F, Hugler B. Investigación científica en Ciencias de la salud. 6ta ed. México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA; 2000.
38. Ludke M, André M. Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas. 3ra ed. Sao Paulo (Brasil): E.P.U; 1986.
39. Crespo M, Salamanca ABS. El muestreo en la investigación cualitativa. NURE Investig [Internet]. 1 de marzo de 2007 [citado 22 de septiembre de 2016];4(27). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
40. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de la salud. 2da ed. EEUU: Limusa; 1994. 327 p.
41. Chaves G. Abordagens teóricas de tratamento temático da informação (TTI): catalogação de assunto, indexação e análise documental. Ibersid Rev Sist Inf Doc [Internet]. 15 de septiembre de 2009 [citado 15 de enero de 2017];3(0):105-17. Disponible en: <http://www.iversid.eu/ojs/index.php/iversid/article/view/3730>
42. Namey E, Guest G, Thairu L, Johnson L. Data reduction techniques for large qualitative data sets [Internet]. 2008 [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/265348624\\_Data\\_reduction\\_techniques\\_for\\_large\\_qualitative\\_data\\_sets](https://www.researchgate.net/publication/265348624_Data_reduction_techniques_for_large_qualitative_data_sets)
43. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. An array of qualitative data analysis tools: A call for data analysis triangulation. Sch Psychol Q. [Internet] 2007 [Citado 15 de octubre del 2016];22(4):557-84. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/d35d/781a0686a9cbffa05664f946c8f6ac57c50f.pdf>

44. Perú. DECRETO SUPREMO N<sup>o</sup> 011-2011-JUS. Por el que se aprueban los Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos.
45. Soto P. Teoría de Maslow y Kalish [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://saludlosviernes.blogspot.com/2014/10/teoria-de-maslow-y-kalish.html>
46. Espinosa P. Las necesidades humanas: Maslow y Kalish [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://lasaludconrp.blogspot.com/2014/10/necesidades.html>
47. Rodríguez C, Barrantes JC, Jiménez G, Putvinski V. Manejo del dolor en el paciente oncológico. Acta Pediátrica Costarricense [Internet]. enero de 2004 [citado 8 de noviembre de 2016];18(1):06-13. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00902004000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00902004000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
48. Cruz J., Gonzáles R., LLorca G., et Al. Dolor Oncológico: Reunión de expertos [Internet]. Universidad de Salamanca 2005 [citado 9 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+Oncol%C3%B3gico+.pdf?fileID=58100195&cacheFix=1238142767000&\\_\\_k=d48a43901808955ae175eb0013e8da5c](http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+Oncol%C3%B3gico+.pdf?fileID=58100195&cacheFix=1238142767000&__k=d48a43901808955ae175eb0013e8da5c)
49. Asociación Colombiana para el estudio del Dolor. Dolor y Cáncer. Bogotá, Colombia: Editorial Guadalupe SA; 2009.
50. Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeda M, Pezonaga L, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2004 [citado 13 de noviembre de 2016];27:63-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272004006600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272004006600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
51. GUIA DE APRENDIZAJE ASEO Y CONFORT DEL PACIENTE.pdf [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS\\_TP/Materiales\\_para\\_oda\\_s\\_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2018%20Salud%20y%20autonom%C3%ADa%20del%20adulto%20mayor/GUIA%20DE%20APRENDIZAJE%20ASEO%20Y%20CONFORT%20DEL%20PACIENTE.pdf](http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_oda_s_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2018%20Salud%20y%20autonom%C3%ADa%20del%20adulto%20mayor/GUIA%20DE%20APRENDIZAJE%20ASEO%20Y%20CONFORT%20DEL%20PACIENTE.pdf)
52. Sacristán Rodea A. Manejo del dolor en el paciente terminal. Tratamiento del dolor oncológico. SEMERGEN - Med Fam [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2016];40-2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-manejo-del-dolor-el-paciente-13066287>
53. OMS | Nutrición [Internet]. WHO. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
54. Dieta y Cáncer [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap\\_09.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap_09.pdf)

55. Cuidados Paliativos : alimentación en el enfermo terminal [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=255&sel=315&id=495&id\\_alone=495](http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=255&sel=315&id=495&id_alone=495)
56. LA NUTRICIÓN EN PALIATIVOS [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/cuidados%20paliativos/tratamientos-paliativos/NUTRICION.URDANETA.pdf>
57. Ledesma M del C. Fundamentos De Enfermería / Nursing Fundamentals. Editorial Limusa; 2005. 380 p.
58. Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutr Hosp [Internet]. 2016 [citado 25 de noviembre de 2016];33(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=309245774002>
59. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES GRAVES EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA. [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr.comPLICACIONES\\_oncologicas.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.comPLICACIONES_oncologicas.pdf)
60. National Cancer Institute.La nutrición en el tratamiento del cáncer [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/perdida-apetito/nutricion-pdq>
61. VALENZUELA P por EC. NECESIDAD DE ELIMINACION [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://docenciaenenfermeria.blogspot.com/2012/09/necesidad-de-eliminacion.html>
62. Protocolo de Sondaje Vesical [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>
63. Ponce M, Sánchez I. Protocolo sobre el estreñimiento en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. NURE Investig [Internet]. 1 de julio de 2008 [citado 26 de noviembre de 2016];5(35). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/413>
64. Cuidados a la persona con Enfermedad terminal [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS\\_Enfermo\\_Terminal.pdf](http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf)
65. POSICION FOWLER Y SEMI-FOWLER [Internet]. prezi.com. [citado 26 de noviembre de 2016]. Disponible en: [https://prezi.com/zua\\_-r-myjzt/posicion-fowler-y-semi-fowler/](https://prezi.com/zua_-r-myjzt/posicion-fowler-y-semi-fowler/)
66. O\_cuidado\_espiritual.pdf [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/O\\_cuidado\\_espiritual.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf)

67. Bermejo J. Espiritualidad y mayores. Disponible en:  
[http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Espiritualidad\\_Mayores.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Espiritualidad_Mayores.pdf)
68. Jiménez M, Vargas M, Domínguez A, Castañeda R. Espiritualidad y cuidado de enfermería. RICS H Rev Iberoam Las Cienc Soc Humanísticas [Internet]. 30 de agosto de 2016 [citado 17 de noviembre de 2016];5(10). Disponible en:  
<http://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/86>
69. Necesidades-emocionales-en-el-paciente-con-cancer.pdf [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf>
70. Reyes Luna J, Jara Concha P, Escobar M, M J. ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS/OS A UTILIZAR UN MODELO TEÓRICO COMO BASE DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. Cienc Enferm [Internet]. junio de 2007 [citado 10 de febrero de 2017];13(1):45-57. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-95532007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
71. Cope CN, Ugalde EA, Montero LC. Intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de la persona hospitalizada. Enferm En Costa Rica [Internet]. 2012 [citado 10 de febrero de 2017];2(33):58-65. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4741621>
72. Redaelli A. La asistencia espiritual con los enfermos terminales. MEDPAL Interdisciplina Domic [Internet]. 2011 [citado 19 de noviembre de 2016]; año 3, n. 4. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10915/8510>
73. Fornazari S, Ferreira R. Religiousness/spirituality in oncological patients: life quality and health. Psicol Teor E Pesqui [Internet]. junio de 2010 [citado 10 de febrero de 2017];26(2):265-72. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-37722010000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722010000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
74. Caldeira S. Cuidado espiritual: rezar como intervenção de enfermagem. Cuid Enferm [Internet]. 2009 [citado 22 de noviembre de 2016];157-64. Disponible en:  
<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14975>
75. Enric B, J Barbero, A Payás. Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, El «Una introducción y una propuesta». Arán Ediciones; 2008. 218 p.
76. Lo B, Kates L, Ruston D, et al. Responding to Requests Regarding Prayer and Religious Ceremonies by Patients Near the End of Life and Their Families. J Palliat Med [Internet]. 1 de junio de 2003 [citado 25 de febrero de 2017];6(3):409-15. Disponible en:  
<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/109662103322144727>
77. Monareng L. Spiritual nursing care: A concept analysis. Curationis [Internet]. 10 de agosto de 2012 [citado 24 de noviembre de 2016];35(1):9 pages. Disponible en:  
<http://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/28>

78. DiJoseph J, Cavendish R. Expanding the Dialogue on Prayer Relevant to Holistic Care. ResearchGate [Internet]. 1 de julio de 2005 [citado 24 de noviembre de 2016];19(4):147-54-5. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/7737382\\_Expanding\\_the\\_Dialogue\\_on\\_Prayer\\_Relevant\\_to\\_Holistic\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/7737382_Expanding_the_Dialogue_on_Prayer_Relevant_to_Holistic_Care)
79. França J, Costa F, Lopes M, et al. The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. junio de 2013 [citado 10 de diciembre de 2016];21(3):780-6. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692013000300780&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692013000300780&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
80. Cicogna E, Nascimento L, Lima R. Children and Adolescents with Cancer: experiences with Chemotherapy. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. octubre de 2010 [citado 10 de diciembre de 2016];18(5):864-72. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
81. La importancia de la comunicación entre enfermería y el paciente oncológico terminal | Blog de Enfermería basada en la evidencia [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.index-f.com/blog\\_oebe/?p=864](http://www.index-f.com/blog_oebe/?p=864)
82. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enferm Univ [Internet]. septiembre de 2015 [citado 10 de febrero de 2017];12(3):134-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1665-70632015000300134&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632015000300134&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
83. Bautista L. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichan [Internet]. 2008 [citado 10 de febrero de 2017];8(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/125>
84. Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. J Support Oncol. abril de 2004;2(2):145-55.
85. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Rev Int Psicol Clínica Salud Int J Clin Health Psychol [Internet]. 2003 [citado 10 de diciembre de 2016];3(3):505-20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=721105>
86. La familia y la enfermedad en fase terminal.pdf [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.cucs.udg.mx/saludmental/files/File/LA%20FAMILIA%20Y%20LA%20ENFERMEDAD%20EN%20FASE%20TERMINAL.pdf>
87. Cómo enfrentar la etapa final de la vida [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/comohablar sobrecancer/fragmentado/escuche-con-el-corazon-facing-the-final-stage-of-life>
88. Real Academia Española [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.rae.es/>

89. Bachion M, Carvalho E, Belisário V, Cardoso A. Algumas reflexões, sobre categorias de comportamentos verbais orais e seu emprego pela enfermagem. *Cogitare Enferm* [Internet]. 1998 [citado 6 de diciembre de 2016];3(1). Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44309>
90. Carvalho M. Dor. Grupo Editorial Summus; 1999. 348 p.
91. Sánchez JG, Casero MTR. ¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes?: reflexión de un caso clínico. *Enfuro* [Internet]. 2003 [citado 6 de diciembre de 2016];(86):7-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3100872>

# APÉNDICE





**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**APENDICE N° 1- A**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE LA**  
**INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA - ENFERMERAS**

YO:.....

Declaro que acepto participar en la investigación: “**CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA A LOS ADULTOS CON CÁNCER EN FASE TERMINAL INTERNADOS EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2015**”, realizado por las estudiantes de Enfermería Gracia de Dios Pérez Peña y Aleyda Victoria Requejo Santa Cruz. Este estudio tiene como objetivo describir el cuidado de enfermería a los adultos con cáncer terminal.

Acepto participar de las entrevistas que serán registradas a través de una grabadora de voz por las estudiantes de Enfermería en cuanto a los cuidados que brindo a las pacientes. Asumiendo que la información dada será solamente de conocimiento de las investigadoras y de la asesora quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere ningún prejuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podría aclararlas con la investigadora.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas, consiento participar de la presente investigación

Chiclayo,        del        2015.

-----

Firma del Participante

-----

-----

Firma de las Investigadoras



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**APENDICE N°1-B**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE LA  
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA – FAMILIAR CUIDADOR**

YO:.....

Declaro que acepto participar en la investigación: “**CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA A LOS ADULTOS CON CÁNCER EN FASE TERMINAL INTERNADOS EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2015**”, realizado por las estudiantes de Enfermería Gracia de Dios Pérez Peña y Aleyda Victoria Requejo Santa Cruz. Este estudio tiene como objetivo describir el cuidado de enfermería a los adultos con cáncer terminal.

Acepto participar de las entrevistas que serán registradas a través de una grabadora de voz por las estudiantes de Enfermería en cuanto a los cuidados que he observado, la enfermera brinda a mi paciente. Asumiendo que la información dada será solamente de conocimiento de las investigadoras y de la asesora quienes garantizan el secreto, respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere ningún prejuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podría aclararlas con la investigadora.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas, consiento participar de la presente investigación

Chiclayo,        del        2015.

-----  
Firma del Participante

-----  
Firma de las Investigadoras



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**APENDICE N°02**

**ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN EL  
SERVICIO DE MEDICINA VARONES Y MUJERES DE UN HOSPITAL DEL MINSA.**

**I.- INTRODUCCIÓN**

La presente entrevista tiene como objetivo, recolectar información sobre **“CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA A LOS ADULTOS CON CÁNCER TERMINAL INTERNADOS EN UN HOSPITAL DEL MINSA – CHICLAYO, 2015”**

Esta entrevista será registrada de manera escrita, se mantendrá discreción, por lo cual solicitamos la veracidad de su respuesta, cuyos resultados servirán estrictamente con fines de investigación. Se conservará el anonimato

Se le agradece de antemano su colaboración y participación.

**II.- Datos Generales.**

✓

Seudónimo:.....

✓

Edad:.....

Tiempo de trabajo:.....

✓

Estado civil: Soltero

☐

Casado

☐

Conviviente

☐

✓

Religión: Católica

☐

Otro: Especificar: .....

✓

Estudios pos graduación: .....

✓

Estado de empleo: contratado

☐

nombrado

☐

✓

Horas de trabajo semanales:.....

**PREGUNTA:**

¿Qué cuidados de enfermería brinda a estos pacientes?

¿Cómo brinda usted el cuidado enfermero a estos pacientes?

¿Qué significa para Usted la persona con cáncer en fase terminal?

¿Es capaz de cuidar a sus pacientes en este servicio de la manera que le gustaría? Si – no;

¿porque si o porque no?



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**ENTREVISTA DIRIGIDA AL FAMILIAR**  
**CUIDADOR**  
**APRENDICE N° 03**



**I.- Datos Generales.**



Seudónimo: .....



Edad: .....



Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Conviviente ☐



Religión: Católica ☐ Otro: Especificar: .....



Número de días que cuida a su familiar: .....

**II.- Datos Específicos**

**PREGUNTA:**

¿Qué actividades ha observado que realiza la enfermera en el cuidado que le brinda a su familiar con cáncer en fase terminal?

¿Podría describir algún recuerdo o anécdota específico que tenga en su mente acerca de lo que la enfermera realiza cuando viene a cuidar a su familiar?

¿Podría decirme, si tiene algo más que agregar sobre los cuidados que la enfermera brinda a su familiar?



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**GUIA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL**

**APRENDICE N° 04**



<b>N° de Historia Clínica</b>	<b>EVIDENCIA Y CLASIFICACIÓN</b>
<b>CRITERIOS</b>	
1. Denominación de la persona a su cuidado	
2. Dimensiones de la persona que son abordadas en su valoración de enfermería	
3. Juicios o diagnósticos de enfermería diseñados	
4. Cuidados de enfermería y las dimensiones de la persona que son abordadas en la anotación de enfermería	
5. Aspectos que ha evaluado de sus cuidados	

