



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**"CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES QUE PADECEN CANCER
TERMINAL EN HOSPITALES MINSA Y ES SALUD. CHICLAYO.
ESTUDIO COMPARADO 2015".**

TESIS

**PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

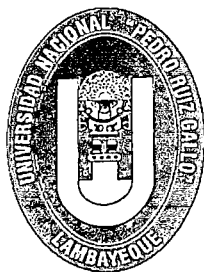
PRESENTADO POR:

**BALDERA FANANTE MARITA ANALI
CARRANZA JARA RUDI
CHERO YNOÑAN VIANCA JANETH**

ASESORA:

DRA. ARANDA MORENO LUCIA

**LAMBAYEQUE - PERÚ
2016**



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUÍZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES QUE PADECEN CANCER
TERMINAL EN HOSPITALES MINSA Y ES SALUD. CHICLAYO.
ESTUDIO COMPARADO 2015”**

TESIS

**PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

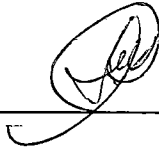
**PRESENTADO POR:
BALDERA FANANTE MARITA ANALI
CARRANZA JARA RUDI
CHERO YNOÑAN VIANCA JANETH**

ASESORA:

DRA. ARANDA MORENO LUCIA

LAMBAYEQUE- PERU 2016

JURADO



Lic. María Lina Dávila Chevez

(PRESIDENTA)



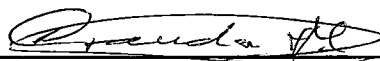
Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya

(SECRETARIA)



Mg. Nora Mercedes Monsalve Requejo

(VOCAL)



Dra. Lucía Aranda Moreno

(ASESORA)

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedicamos a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarnos con los recursos necesarios para poder seguir adelante. Los cuales nos han brindado todo lo que somos como personas, nuestros valores, nuestros principios, nuestro carácter, nuestro empeño, nuestra perseverancia, nuestro coraje para conseguir nuestros objetivos.

Rudy, Marita, Vianca

AGRADECIMIENTO

*A Dios por la bendición de brindarnos la salud
para poder realizar este proyecto así como
también la ejecución de las actividades planeadas
exitosamente.*

*A los pacientes de la institución que a lo largo de la
ejecución del proyecto mostraron su participación
continua y desinteresada.*

*A nuestra asesora la Dra. Lucía Aranda M. por
sus conocimientos, su paciencia, orientación, motivación y
consideración con nosotras, lo cual ha sido fundamental
para la culminación del presente trabajo de investigación.*

Rudy, Marita, Vianca

ÍNDICE

Páginas:

Resumen	9
----------------------	----------

CAPITULO I

Introducción.....	12
--------------------------	-----------

CAPITULO II

Marco teórico conceptual:

2.1 Antecedentes.....	21
------------------------------	-----------

2.2Base teórica.....	23
-----------------------------	-----------

CAPITULO III

Marco metodológico:

3.1. Tipo de investigación:	37
--	-----------

3.2. Enfoque de la investigación	37
---	-----------

3.3. Población y muestra.....	39
--------------------------------------	-----------

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
--	-----------

3.5. Técnica de procesamiento de información.....	41
--	-----------

3.6. Análisis de los datos.....	41
--	-----------

3.7. Rigor científico.....	45
----------------------------	----

3.8. Principios bioéticos.....	46
--------------------------------	----

CAPITULO IV

Resultados y discusión.....	50
------------------------------------	-----------

CAPITULO V

5.1 Consideraciones finales.....	68
----------------------------------	----

5.2 Recomendaciones	70
---------------------------	----

Referencias bibliográficas.....	72
--	-----------

Apéndice.....	82
----------------------	-----------

RESUMEN

Los pacientes con cáncer terminal no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos y a los diferentes esquemas de tratamiento, sino también a todos los cambios relacionados con los estilos de vida, percepción de bienestar, aspectos emocionales, sociales y espirituales. Esta investigación con enfoque comparado, tuvo como objetivo caracterizar y comparar estableciendo semejanzas y diferencias en el cuidado enfermero en pacientes que padecen cáncer terminal en hospitales MINSA y ESSALUD. La población estuvo constituida por pacientes entre los 40 y 59 años de edad que padecen de cáncer terminal, que se encontraron hospitalizados en uno de los diferentes hospitales y por enfermeras que cursan con el cuidado de pacientes con cáncer terminal. La muestra fue determinada por saturación. La recolección de datos se realizó mediante la entrevista abierta a profundidad. En todo momento se tuvieron en cuenta los principios éticos y de rigor científico. De los resultados emergieron las siguientes semejanzas en ambos hospitales: cuidado con énfasis en lo biológico; evidenciando el cuidado espiritual en base a la confianza, evadiendo el cuidado espiritual, el cuidado espiritual respetando la cultura y cuidado espiritual mediante representaciones y por último emergió la satisfacción del paciente frente al cuidado. Finalmente, se afirma que el cuidado debe abarcar las diferentes dimensiones considerando al ser humano como persona pandimensional y sobre todo procurando un cuidado humanizado mediado la relación de ayuda, sabiendo escuchar en una relación horizontal mediada por la empatía, la autenticidad.

Palabras claves: cuidado, espiritualidad, paciente, confianza, cultura.

ABSTRACT

Patients with terminal cancer should not only deal with the physical changes and to different treatment schemes, but also to all the changes related to lifestyle, perceived well-being, emotional, social and spiritual aspects. This comparative research approach, aimed to characterize and compare similarities and differences in establishing nursing care in patients with terminal cancer in MINSA and ESSALUD hospitals. The population consisted of patients between 40 and 59 years suffering from terminal cancer, they found one hospitalized in different hospitals and nurses who attend to the care of patients with terminal cancer. The sample was determined by saturation. Data collection was performed by open-depth interview. At all times the ethical and scientifically rigorous principles were taken into account. From the results they emerged the following similarities in both hospitals: beware emphasis on biology; demonstrating the spiritual care based on trust, avoiding spiritual care, spiritual care respecting the culture and spiritual care through performances and finally emerged patient satisfaction compared with care. Finally, it is stated that care should cover the different dimensions considering the human being as pandimensional person and especially ensuring humanized care mediated the aid relationship, ability to listen in a horizontal relationship mediated by empathy, authenticity.

Keywords: care, spirituality, patient, confidence, culture

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades¹. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social).² Sin embargo cuando la salud es afectada se da lugar a la enfermedad que es caracterizada por una alteración perjudicial en el estado de salud del ser humano.

Entre las diferentes enfermedades se encuentran las de orígenes degenerativos (crónicas), en las cuales la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo y ocurre una alteración en los mecanismos de regeneración, que ocasionan una aplasia (falta de regeneración) o una neoplasia (exceso descontrolado de regeneración). Una de estas enfermedades es el cáncer, la cual es una de las principales causas de mortalidad en el mundo.³

Al respecto, la OMS⁴ en el ámbito mundial el año 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas. Mientras que en el año 2012 el número de defunciones ocurridas en todo el mundo fue de 8,2 millones a causa de esta enfermedad, además en sus proyecciones muestra que en los próximos 10 años morirán otros 84 millones si no se toma ninguna medida.

Según MINSA⁵ en el Perú existen 109 914 casos de personas afectadas por algún tipo de cáncer. El INEN⁶ (2014) muestra que, en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital.

En la localidad de Lambayeque, el Registro Hospitalario del Cáncer - RHC de EsSalud (2012) reportó entre el año 2007 y el 31 de diciembre del 2010, la existencia de tres mil 627 casos atendidos por la Unidad Oncológica Descentralizada Tipo II que opera en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Sin embargo, del año 2010 a la fecha, la cifra se ha incrementado aproximadamente en un 100 %.⁷

El Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer⁴.

Generalmente el cáncer es una enfermedad silenciosa, que va avanzando sin que la persona se dé cuenta de que la padece. Es por ello que muchas veces, cuando se diagnostica ya se encuentra muy avanzado, haciendo que todo el proceso de enfermedad sea muy difícil y desalentador.

Ahora bien, los pacientes con cáncer en estado avanzado no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos dados por la enfermedad, y a los diferentes esquemas de tratamiento, sino que también deben enfrentarse a todos los cambios relacionados con el estilo de vida, percepción de bienestar, aspectos emocionales, sociales y espirituales, que hacen de esta enfermedad un proceso multidimensional que exige del paciente la utilización de estrategias internas y externas para lograr adaptarse a esta nueva condición.⁸

Además, en los estados avanzados de la enfermedad oncológica, no es solamente el dolor el que afecta al paciente, sino también un conjunto amplio de emociones por las pérdidas, despedidas y separaciones, miedo al deterioro, a la soledad y el abandono, a la pérdida del sentido de la vida, a la falta de control, a lo desconocido, al rechazo, a ser una carga para otros y finalmente a la muerte; también suelen aparecer sentimientos de incredulidad, ira y desamparo⁹.

Una vez que la persona ha sido diagnosticada con esta enfermedad se ve de pronto inmersa en un mundo desconocido. Tras el diagnóstico de cáncer, se produce una sensación de incertidumbre con respecto a las consecuencias de la enfermedad, los tratamientos y sus posibles efectos secundarios y otra serie de situaciones relacionadas con el proceso oncológico¹⁰.

Muchos pacientes con cáncer dependen de las creencias y prácticas religiosas o espirituales para ayudarlos a hacer frente a su enfermedad. Esto se llama afrontamiento espiritual. Muchas personas a cargo del paciente también dependen del afrontamiento espiritual. Cada persona puede tener diferentes necesidades espirituales, según sus tradiciones culturales y religiosas. En el caso

de algunos pacientes gravemente enfermos, el bienestar espiritual se puede ver afectado por la carga de ansiedad que sienten con respecto a la muerte. Para otros, puede afectar lo que deciden sobre los tratamientos para la etapa final de la vida. Algunos pacientes y los familiares que los cuidan pueden querer que el personal de salud hable sobre las preocupaciones espirituales del paciente, pero no están seguros de cómo encarar el tema¹¹.

En la investigación “El malestar psicológico de los cuidadores del cáncer femeninas: efectos del tipo de cáncer y la espiritualidad de los cuidadores”. indican que tanto los pacientes como los miembros de la familia encargadas de su cuidado, en general recurren a la espiritualidad y la religión como ayuda para abordar enfermedades físicas graves y expresan el deseo de que sus necesidades e inquietudes espirituales y religiosas específicas sean reconocidas o consideradas por el personal de salud¹².

Si bien los mismos proveedores de la salud pueden abordar dichas inquietudes, en general mantienen una posición muy ambivalente¹⁰; sin embargo, algunos estudios realizados a nivel nacional e internacional concluyen en que se necesita un mejoramiento en la atención brindada por el personal de enfermería, toda vez que las enfermeras no prestan la debida importancia a la interacción de inicio, proceso y salida tendientes a lograr la satisfacción y recuperación óptima tanto del paciente como de sus familiares.¹³

“La espiritualidad se relaciona con la noción holística del cuidado que abarca todas las dimensiones del ser humano y los grandes esfuerzos para incluir nuevos abordajes que atiendan a las competencias tecnológicas y también a

las competencias ontológicas que son esenciales para el cuidado que brinda el profesional de enfermería”.¹²

Los profesionales que asisten a los enfermos con CA, más allá de los conocimientos y habilidades técnico-científicas, es imprescindible la capacidad de ser reservorio de los sentimientos del enfermo y su familia, y estar disponibles para permitir la manifestación de éstos y sus dudas frente a la nueva condición de vida. Asistir al enfermo con CA requiere voluntad de ayudar al otro a vivir el cada día, dentro de sus posibilidades y limitaciones.

Es común que la palabra cáncer genere sentimientos de miedo, ansiedad y tristeza en los pacientes y familiares y aún en los profesionales de salud. El miedo a la palabra no es menor a la relacionada con el diagnóstico. Esos sentimientos pueden surgir cuando parece imposible que el paciente continúe desempeñando su papel familiar y social, cuando ocurre una pérdida de control de la propia vida, cuando ocurren cambios en la imagen corporal o frente al miedo a la muerte, al dolor y a lo desconocido. Saberse portador de CA se convierte en una experiencia dolorosa y muchas veces solitaria, pues las personas se sienten sometidas a prueba en el límite del sufrimiento soportable de su cuerpo y psiquismo, sin saber si el otro puede evaluar cuánto está sufriendo.¹³

La enfermería como parte integrante del equipo de salud se ha ido adaptando a los cambios que se han producido en la sanidad, asimilando técnicas cada vez más sofisticadas y complejas que en ocasiones la alejan de una visión del hombre como persona que debiera ser la medida de todo, pero que,

lamentablemente, se convierte, muchas veces en un extraño en el mundo que precisamente ha sido creado para él en el medio sanitario.¹⁴

Esta realidad fue identificada durante nuestras prácticas hospitalarias en uno de los hospitales de Chiclayo en la cual se realiza las prácticas profesionales. Donde se evidenció en todo momento la excelente labor de enfermería pero dedicada a curar la enfermedad física, más olvidándose la mayoría de veces de velar por la salud espiritual. Evidenciándose en el ser cuidado, mediante su facie de tristeza, desesperanza y temor.

La complejidad del problema expuesto, llevó a las investigadoras a plantearse las siguientes interrogantes:

¿Qué aspectos abarca el cuidado enfermero en los pacientes con cáncer?
¿Cómo perciben los pacientes los cuidados por parte de la enfermera? ¿Los cuidados ayudan a enfrentar la enfermedad del paciente? ¿Tiene estos cuidados alguna repercusión en el estado de salud del paciente? ¿Cómo realiza el cuidado la enfermera? ¿Hay diferencia en el actuar de enfermería del hospital MINSA en comparación con el hospital ESSALUD?

De la situación mencionada se desprende el problema de Investigación científica: Cómo es el cuidado enfermero en pacientes que padecen cáncer terminal en hospitales MINSA y en comparación del cuidado a pacientes con cáncer terminal en el ESSALUD. Chiclayo2015. Para el cual se formularon los siguientes objetivos: Caracterizar el cuidado enfermero en pacientes que padecen cáncer terminal en hospitales MINSA y ESSALUD, y comparar estableciendo

semejanzas y diferencias en el cuidado enfermero en pacientes que padecen cáncer terminal en hospitales MINSA y ESSALUD.

La presente investigación se justifica ya que el cuidado enfermero hoy en día se caracteriza por ser deshumanizado, pues no abarca todas las dimensiones del ser humano; biológica, social, emocional y espiritual, que favorecen el bienestar en situaciones críticas de salud - enfermedad vivenciada por los pacientes y sus familias; sin embargo, no hay estudios que develen esta problemática.

La importancia de esta investigación radica en que los resultados servirán para reflexionar y direccionar el cuidado enfermero, si el caso, así lo requiere. Para las instituciones formadoras, los resultados les serán de gran utilidad, para reforzar y fomentar con mayor énfasis en sus estudiantes el cuidado holístico del ser humano.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I INTRODUCCIÓN: La problemática observada, el problema que se va investigar, los objetivos y la justificación del porque se ha realizado esta investigación.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO: Aquí se ubicará los antecedentes de la investigación y la base teórica conceptual la cual permitió el análisis de los resultados.

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO: Marco Metodológico, donde se estudia: tipo de investigación, Abordaje de la

Investigación, Población y Muestra, Métodos y Técnicas de Recolección de Datos, Análisis de los datos, Rigor Científico y Principios éticos.

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Aquí se va a mostrar categorías y subcategorías.

CAPITULO V: Consideraciones finales y recomendaciones

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes internacionales

Espinoza M. y Sanhueza O. Realizaron una investigación denominada “Contribuir a la calidad del morir en el cancer” (Chile, 2007), con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes mientras se viva con una amenaza de muerte. Los resultados fueron: La necesidad de acompañamiento que presentan las personas en las proximidades del fin de la vida, tanto aquella que transita hacia esta etapa como los seres significativos para ella, quienes han vivido todo el proceso de duelo y que en ocasiones les es difícil enfrentar la realidad, Todos ellos, incluso quienes han aceptado este paso natural en la vida, requieren ser acompañados por los integrantes del equipo de salud que han compartido junto a ellos esta etapa del fin de la vida. Ellos requieren todavía orientación así como también apoyo, saber que pueden contar con alguien en aquellos momentos difíciles que se avecinan, saber que pueden llamarlos en horas que no son usuales, para consultar e incluso para solicitarles que vengan a estar junto a la familia.

Payan E, Vinnacia S. y Quiceno J. Realizaron una investigación denominada “cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal” (Colombia, 2011), con el objetivo de evaluar la relación de la cognición hacia la enfermedad y el bienestar espiritual con la calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal y obtuvieron los siguientes resultados: Los síntomas físicos más graves e insidiosos son dolor, astenia y adinamia. Respecto a la escala total de bienestar espiritual hubo

correlaciones positivas con beneficios percibidos del ICQ y bienestar existencial de calidad de vida y negativas con desesperanza del ICQ y síntomas psicológicos de calidad de vida.

Galvis M. Realizó una investigación denominada “Perspectiva espiritual de la mujer diagnosticada con cáncer propio de su género (seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer que asiste a la clínica cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tinga” (Colombia, 2010), con el objetivo de comparar la perspectiva espiritual de las mujeres diagnosticada con cáncer propio de su género (seno, útero, ovarios) y de la mujer diagnosticada con otros tipos de cáncer que asiste a la clínica cancerológica de Boyacá en la ciudad de Tinga. Los resultados fueron: Casi todas las mujeres asisten a prácticas religiosas. En las mujeres con enfermedad oncológica que asistieron a la clínica cancerológica de Boyacá, en la ciudad de Tunga, en los meses de junio a septiembre el nivel de perspectiva espiritual, del grupo 1 es moderado, al igual que las mujeres con otro tipo de cáncer. Al comparar la perspectiva espiritual de estos dos grupos, no se encontró evidencias estadísticas que señalen diferencias significativas.

Antecedentes locales

Segura S. Realizó una investigación denominada “Nivel de bienestar espiritual en personas adultas con cáncer en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo” (Chiclayo-Perú, 2011), con el objetivo de determinar el nivel de bienestar espiritual en personas adultas con cáncer en el HNAAA. Los resultados fueron: las personas encuestadas tienen un nivel de bienestar espiritual general alto (72%), mientras que el 28% tiene un nivel de bienestar espiritual general moderado;

también se encontró que un 56% tienen un nivel de bienestar existencial moderado y el 44% alto; el 88% tienen un nivel de bienestar religioso alto y el 12% moderado.

2.2 BASE TEÓRICA-CONCEPTUAL

El adulto es el hombre o la persona que tiene desarrolladas sus capacidades en los tres niveles fundamentales en que se realiza y manifiesta la adultez: biológico, psicológico, sociológico. Desarrollo de las capacidades biológicas, especialmente la de engendrar. Posesión y despliegue de propiedades psíquicas y personales: inteligencia, madurez afectiva, conciencia, libertad. Por último, capacidad de relaciones: responsabilidad, inserción en tareas comunitarias, iniciativas de transformación¹⁵.

Asimismo, la adultez es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad, es la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones. Esta etapa se clasifica por edades adulto joven de 18 a 35 años y adulto maduro de 35 años 59 años¹⁶.

De igual manera otros autores definen que el adulto maduro va desde los 40 hasta los 60 o 65 años. Hoy en día es una etapa de buena condición física, financiera y psicológica¹⁷. En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional. Las principales

preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar cónyuge para formar un hogar. Se consolidan los roles sociales y profesionales. Después de los 30 empieza un ligero declive de las funciones físicas¹⁸.

Este declive de las funciones físicas se debe a los cambios que surgen tanto en la mujer como en el hombre. En la mujer son el climaterio y la menopausia. El cuerpo de la mujer reduce la producción de estrógeno, en consecuencia, experimentan síntomas físicos: bochornos, adelgazamiento del revestimiento vaginal (lo cual puede hacer dolorosa la relación sexual) o disfunción urinaria. La andropausia, denominado así por el descenso de los andrógenos (40 años o al comienzo de los 50). El hombre experimenta una disminución de la fertilidad, frecuencia de las eyaculaciones y un aumento de la impotencia¹⁸.

Otros cambios que aparecen en ambos son las canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas), disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción, acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo, estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida¹⁹.

Como se ha referido en las definiciones anteriores, el adulto maduro, tiene una plenitud vital donde han alcanzado el desarrollo y el crecimiento biológico, psicológico y sociológico, además de muchos cambios físicos propios de la edad, que marcan esta etapa de vida. Pero también es la edad donde empiezan a surgir

muchos problemas de salud por la misma pérdida de la capacidad física, estilos de vida y el inicio del envejecimiento de los órganos.

Las enfermedades más comunes son: asma, bronquitis, diabetes, desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), artritis, reumatismo, deterioros de la vista y oído, mal funcionamiento o enfermedades de los sistemas circulatorio, digestivo y genito-urinario. Un importante problema de salud es la hipertensión. Este desorden es peligroso porque a menudo predispone a la gente a los ataques del corazón; afecta a 1 de 5 adultos¹⁹.

Además, existen factores fundamentales que afectan la salud del adulto, el cáncer, que puede ser bucal, de pulmón, de mama, de próstata, de colon cervicouterino²⁰.

Según el Instituto Nacional del Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático. El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales²¹.

La OMS define al cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del

cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana ²².

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer son: Carcinoma, cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos, el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células de transición; otro tipo es el sarcoma, cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén. La leucemia es un cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales, el linfoma y mieloma, cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario y los cánceres del sistema nervioso central: cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal. ²¹

El cáncer es una enfermedad que avanza muy rápidamente y puede ser medido por estadios o etapas que son los que evalúan la gravedad del cáncer, proporcionada por los exámenes físicos, por los estudios con imágenes, las pruebas de laboratorio, los informes de patología y por los informes de cirugía.

Los estadios que miden el cáncer son cinco según el Instituto Nacional del Cáncer, el estadio 0 que es un carcinoma in situ, el estadio I, II, III indican la enfermedad más extensa. Un tamaño mayor del tumor o diseminación del cáncer afuera del órgano en donde se formó originalmente hacia los ganglios linfáticos vecinos o a órganos o tejidos cercanos al sitio del tumor primario, y el estadio IV, es el cáncer se ha diseminado o órganos o tejidos distantes⁷. La estadificación se basa en lo que se conoce la forma de cómo evoluciona el cáncer. Las células del cáncer crecen y se dividen sin control y sin orden, y no mueren cuando deberían morir. Como resultado de esto, forman con frecuencia una masa de tejido que se llama tumor. Conforme crece el tumor, puede invadir órganos y tejidos cercanos. Las células cancerosas pueden también desprenderse del tumor y entrar en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático. Al moverse por el torrente sanguíneo o por el sistema linfático, dichas células pueden diseminarse del sitio primario a los ganglios linfáticos o a otros órganos en donde pueden formar nuevos tumores. Cuando el cáncer se disemina, se le llama metástasis²².

La metástasis puede ocurrir cuando las células se desprenden de un tumor canceroso y se desplazan a otras áreas del cuerpo a través del torrente sanguíneo o los vasos linfáticos. Cuando el cáncer se propaga, decimos que se metastatizó. Los diferentes cánceres tienden a propagarse a distintos sitios, pero los sitios más comunes de recurrencia a distancia incluyen los huesos, el hígado, el cerebro y los pulmones.²³

Asimismo, la metástasis es signo de un cáncer avanzado es la última etapa del cáncer que ocasiona la muerte, los tratamientos para este este estadio del

cáncer solo están dirigidos para aliviar los síntomas del dolor y para prolongar la vida, estos tratamientos son los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado.²⁴

El cáncer avanzado o fase terminal, es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales, y de pronóstico de vida no mayor a seis meses, al no existir posibilidades de curación, la paliación es la alternativa más viable en este contexto.²⁵ La fase terminal, para muchas personas, es un hecho que la muerte sigue siendo compañera indisoluble de la vida. Muchos de los enfermos son diagnosticados en períodos avanzados de la enfermedad, o el curso de la misma²⁶.

Diversas publicaciones han recalcado la presencia de múltiples síntomas en la etapa terminal de la enfermedad; el síntoma doloroso se presenta hasta en poco más del 80% de los enfermos en la etapa terminal, independientemente del diagnóstico. El que se relaciona a una enfermedad grave, como el cáncer, se asocia a la interpretación del ser, de los significados sobre la vida, la muerte y de la razón del dolor, situaciones cargadas de significados negativos y aterradores que incrementan el sufrimiento, convirtiéndolo en una sensación de agobio, minusvalía e impotencia frente a hechos. El sufrimiento puede interpretarse como un mal pasajero, asociado al proceso de enfermedad como una causa natural, que a través de algún recurso puede evitarse. También puede afrontarse como una

prueba de “reto”, que promueve el desarrollo del que lo sufre, y aún más, en sociedades predominantemente católicas como la nuestra “el dolor y sufrimiento pueden ser tomados como un método de purificación a través del ofrecimiento de dicha condición a un ideal más alto, presente solo en los creyentes en una vida eterna”.²⁶

Por ello, el paciente con Cáncer avanzado, frente a este diagnóstico, le es difícil afrontar el proceso de hospitalización, ya que esta enfermedad en una fase avanzada es catalogada como sinónimo de muerte.

La hospitalización es el ingreso que se da a un paciente en una unidad médica, que está orientado a proporcionar cuidados básicos y especializados, en ambiente hospitalario confortable, que genera la satisfacción de la persona y su familia, además que propicie su participación en el proceso de atención con respeto de la autonomía y dignidad humana, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad, garantizando de este modo la prestación de servicios asistenciales con altos estándares de calidad para el atención integral de los pacientes, por parte de las actividades médicas y de enfermería encaminadas al tratamiento y recuperación de la salud del paciente hospitalizado, ofreciendo la prestación de los servicios con recurso humano calificado, comprometido y humanitario.

Por ello, la persona frente a la hospitalización, presenta diferentes tipos de reacciones como la reacción adaptativa y la no adaptativa, que son la de una conducta agresiva y de rechazo y una conducta depresiva.²⁷

La reacción adaptativa, es la respuesta positiva de adaptación que da el paciente ante el hecho de la hospitalización, al entenderla como necesidad. Su actitud es de total colaboración, pero es fundamental que se le otorgue la sensación de control sobre todo proceso al que está siendo sometido.²⁸

La reacción no adaptativa, se presentan dos respuestas, la conducta agresiva y de rechazo, la persona no colabora, agrede, está a la defensiva, se niega a seguir las pautas de tratamiento, no son fáciles de tratarlos, y muchas veces el personal reacciona erróneamente. Y la conducta depresiva, la persona se muestra abatido, triste no colabora, no le interesa lo que sucede en su entorno, no muestra interés en el tratamiento y recomendaciones. Es pasivo, indeciso y poco comunicativo y se le cataloga como paciente bueno (por que no se molesta).²⁸

Todas estas reacciones forman el proceso de hospitalización, que va a ser diferente en cada persona, siempre va estar atado a la gravedad de la enfermedad.

Durante el proceso de hospitalización que atraviesan los pacientes, el cuidado suele ser una actividad indispensable de supervivencia, representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad).²⁹

Cuidar es el efecto de las acciones, habilidades, destrezas, interés, comunicación encaminadas a aliviar el sufrimiento, dar mejoría al enfermo, curar la enfermedad y conservar la salud.³⁰

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. (Báez F, 2009).³¹ Además tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano³². El cuidado es una forma de ser hombre, tiene un significado a partir del propio hombre. Incluyendo comportamientos, actitudes, valores y principios que son vividos por las personas en determinadas circunstancias, sin embargo ante todo se refiere al ser, o como Santin menciona, al hombre. Siendo también la esencia humana del ser³².

El cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos. Es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.³³

La Enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los aspectos (biológico, psicológico, social y espiritual) e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación brindando el cuidado de la salud con bases científicas y humanísticas.³³

Es por ello que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, social, espiritual y un ser holístico³⁴

Lo biológico hace referencia a la ciencia de los problemas generales de la vida relativo al desarrollo de los seres, a las condiciones de existencia y a su adaptación en el ambiente, a las relaciones de organismos entre sí, a su reproducción y a las transformaciones de las especies. Por otro lado, lo social, son las condiciones de existencia y desenvolvimiento de las sociedades humanas, de las culturas ante los procesos sociales y de las personas ante ellos.³⁵

Otra dimensión que debe abarcar el cuidado de enfermería es lo psicológico, perteneciente o relativo a la psique y la psicología. La palabra, como tal, es un adjetivo que se deriva de psicología, vocablo compuesto a partir de las raíces griegas *psycho*, que significa 'alma' o 'actividad mental', y *logía*, que traduce 'estudio' o 'ciencia'.³⁶

En este sentido, como psicológico se considera todo lo relativo a la manera de pensar, sentir y comportarse de un individuo o de un grupo de personas. De allí que como psicológico también se designe el estudio de la vida psíquica y la conducta de los individuos. Como psicológica, también, se puede calificar una situación o proceso que tiene lugar en la mente de una persona. Psicológico puede ser el choque que produce determinada tristeza o frustración, psicológico puede ser un trastorno que afecte las facultades mentales de una persona, o cierto desequilibrio que tenga lugar en la psique.³⁶

Jean Watson considera a la persona como "un ser en el mundo". Se considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta³⁷, y que además ha estudiado

el cuidado enfermero con enfoques filosóficos y con base espiritual y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería. Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal. Por ello esta teoría se proyecta la importancia de la vida, el reconocimiento a la vida espiritual y la creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio³⁸.

La espiritualidad se define como la expresión de la esencia del ser. Esta esencia es la sustancia de la vida y se manifiesta en energía, cualidades y valores. Valores como la dignidad, la verdad, el coraje, la justicia, y la paz. Energía como fortaleza vital, mental, física, dinámica, equilibrio y dominio propio. Cualidades como la belleza, la bondad, la honradez, y la compasión. Además, la espiritualidad salva de caer, sufrir o morir. Es la fuerza que nos resucita con amor cada día, es lo que da sentido a nuestra existencia y significado a nuestro camino. Normalmente se suele definir a lo espiritual como lo opuesto a la materia o lo material, o como aquello que no tiene contacto con lo corporal³⁹.

Para otros autores el concepto de la espiritualidad es abstracto, pero desde los tiempos de Florence Nightingale era parte esencial del cuidado holístico del paciente. Para ella la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad⁴⁰. También puede entenderse como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que

suponen una búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino. En tanto representaciones acerca de un poder final último, contribuyen a dar un sentido y propósito en la vida, y orientan la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto en la realidad como así mismos⁴¹.

En investigaciones realizadas por el campo de psicología de la religión y la espiritualidad se arribó a conclusiones acerca de cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud en procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos o estresantes entre los cuales se encuentran distintos tipos de enfermedades y duelos por pérdida de seres queridos ⁴².

Hablar de cuidado humano es englobar todas sus dimensiones el biológico, el psicológico y el espiritual, como lo menciona la teórica Martha Rogers con su modelo conceptual, “Modelo de Seres Humanos Unitarios” y enunció que los seres humanos unitarios y el entorno son campos energéticos que integran el proceso de vida.⁴³

Para Rogers el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones que le permitan desarrollar su potencia. Este fundamento fue creado con el objeto de obtener una enfermería moderna, la relación entre el ser humano y su entorno.⁴³

El campo del entorno se describe como un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica con un modelo y se integra con el campo humano. Cada campo del entorno es específico para un campo humano determinado.⁴³

Según Martha Rogers, define el termino pandimensionalidad como un dominio no lineal que carece de tributos especiales o temporales. El termino pandimensional aporta dominio infinito sin límites, y expresa, de la mejor manera posible, la idea de un todo unitario. Hace referencia a un dominio no lineal, sin atributos de espacio ni tiempo; sus limitaciones son imaginarios y fluctúan continuamente.⁴³

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO:

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo cualitativa la cual produce y analiza los datos descriptivos, como las palabras escritas o dichas, y el comportamiento observable de las personas⁴⁴, y a la vez proporciona una mayor profundidad de respuesta y, por lo tanto, mayor comprensión ⁴⁵.

3.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El análisis comparativo cualitativo puede ser definido como un método orientado a casos que permiten el análisis formal y sistemático de la causalidad, cuya contrastación envuelve un cierto grado de complejidad; pues permite al investigador representar y sintetizar datos mejorando el diálogo entre las ideas y la evidencia empírica ⁴⁵. En síntesis este método busca descifrar la relación entre dos o más variables al documentar las diferencias observadas y las similitudes entre dos o más sujetos o grupos, obteniéndose así conclusiones que definen un problema o que establecen caminos futuros para mejorar el conocimiento de algo. Este método se empleó en el presente trabajo de investigación, pues se realizó una comparación sobre el cuidado enfermero en pacientes que padecen cáncer terminal de hospitales MINSA Y ESSALUD.

El desarrollo del método comparado, según Bereday⁴⁶ consta de cuatro fases: descripción, interpretación, yuxtaposición y comparación.

Descripción: Consiste en la catalogación, registro o enumeración de detalles puramente pedagógicos. La elaboración de un esquema de clasificación debe preceder el trabajo de reunión de datos. Este debe contar con amplias lecturas. La lectura en el campo de los estudios comparados se divide en fuentes primarias (información directa de campo), fuentes secundarias (libro, tesis, artículos), fuentes auxiliares (otras fuentes impresas). En la presente investigación se permitió describir con detalle las categorías y subcategorías del cuidado enfermero que reciben los pacientes con cáncer terminal en hospitales MINSA y ESSALUD

Interpretación: Este paso consiste en someter la información registrada: categorías y subcategorías, a la luz del referencial teórico. En la presente investigación esta fase permitió encontrar la explicación analítica de los datos encontrados en nuestro estudio.

Yuxtaposición: Considerada como el inicio de la comparación propiamente dicha. Consiste en determinar criterios de comparación común.

En la presente investigación esta fase se trabajó con las categorías y subcategorías encontradas, las cuales permitieron realizar el análisis y establecer los aspectos comunes (semejanzas o deferencias) a ser comparados con relación nuestro estudio.

Comparación propiamente dicha: El producto es la ordenación de los resultados. Es la etapa final donde las informaciones separadas serán reescritas en una sola redacción. La referencia de un caso o situación provoca una instantánea

comparación con el otro. En esta investigación esta fase se llevó a cabo al establecer las semejanzas y diferencias encontradas en nuestro estudio.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo constituida por pacientes entre los 40 y 59 años de edad que padecen de cáncer terminal, que se encontraron hospitalizados en uno de los diferentes servicios de un hospital MINSA y en el servicio de oncología de un hospital ESSALUD y por enfermeras que cursan con el cuidado de pacientes con esta patología del hospital MINSA y enfermeras que trabajan en el servicio de oncología del hospital de ESSALUD.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que padecen de cáncer terminal que acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes adultos entre 40 a 59 años de edad que padecen de cáncer terminal, que se encuentran hospitalizados en uno de los diferentes servicios del Hospital MINSA.
- Pacientes adultos entre 40 a 59 años de edad que padecen de cáncer terminal, que se encuentran hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital ESSALUD.
- Pacientes que padecen de cáncer terminal de ambos sexos.
- Enfermeras que acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Enfermeras que cursan con el cuidado de pacientes con cáncer del Hospital MINSA.
- Enfermeras que trabajan en el área de oncología del Hospital ESSALUD.

Muestra

El tamaño de la muestra se determinó mediante el método de saturación, el cual nos dice que a partir de una cantidad determinada de entrevistas, los nuevos casos que serán repetitivos indicará la saturación. Estos nuevos casos no introducen correcciones ni complementos al conocimiento, solo repiten el contenido y no aporta nuevos datos a la investigación por lo tanto este método fue elegido para ser aplicado a la muestra.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de la entrevista se utiliza cuando queremos investigar los sentimientos profundos, las motivaciones de los comportamientos de las personas, sus vivencias. En esta investigación se utilizó la entrevista abierta a profundidad. La entrevista abierta a profundidad es donde el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones permitiendo toda la flexibilidad necesaria para cada caso particular⁴⁷. Considerada de esta manera, la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado.

El registro de datos en las entrevistas se realizó a través de una grabación, siempre con el consentimiento de las personas entrevistadas. Ello permitió captar una información más detallada que si solamente utilizamos la memoria, y además recuperar las palabras exactas del sujeto, sin ningún tipo de valoración.

3.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Los discursos vertidos por los pacientes han sido procesados manualmente y se utilizó el método de saturación, el cual plantea que después de la realización de un número de entrevistas; las siguientes dejan de aportar datos nuevos, en ese momento los investigadores dejan de recoger información.

3.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de datos es la aplicación de un conjunto de procedimientos que permiten manejar, seleccionar, valorar, sintetizar, estructurar, disponer la información, reflexionar sobre ella, y realizar comprobaciones, con el fin de llegar a resultados relevantes en relación con lo que se investiga.

En la presente investigación se desarrolló mediante el proceso cualitativo de análisis.

El análisis temático es identificar la esencia de un fenómeno. Transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia.

El análisis debe seguir una secuencia y un orden.

Según kreueger⁴⁸.Propone 6 pasos:

1.- El primer paso es la fase de obtención de la información, la cual consiste en contar con una secuencia ordenada de preguntas de las menos complejas a las más complicadas, que permita que las personas vayan profundizando en su introspección.

En este primer paso las investigadoras ordenaron las preguntas de menor complejidad a mayor complejidad.

2.- El segundo paso equivale a la captura y el manejo de la información. En cuanto a la captura, no basta con el registro electrónico (grabación), el investigador debe tener presente lo valioso del cuaderno de notas, además de tener el material perfectamente identificable para evitar confusiones en el análisis.

En este segundo paso las investigadoras, procedieron a realizar la transcripción de la información brindada por los participantes, además se tendrá en cuenta en no obviar ninguna palabra para no alterar el contenido de la misma.

3.- El tercer paso es la codificación de la información, esta se refiere a una etiqueta que pondremos a los textos con comentarios, opiniones, sentimientos, etc., y que pueden repetirse. Para luego formar las categorías y las subcategorías.

Es importante recalcar que la codificación no es un proceso rígido, puede iniciarse determinando ciertos códigos y, conforme el análisis avanza, pueden surgir nuevas categorías que sustituyan, incluyan o subdividan categorías anteriores; estas se incorporan y el proceso se dinamiza y la flexibilidad durante todo el análisis⁴⁹.

En esta fase las investigadoras, ya con la información escrita, codificaron la información de acuerdo a las semejanzas y diferencias de las entrevistas del Hospital MINSA comparado con el Hospital de ESSSALUD diferenciado por colores y después se agruparán para formar las categorías y subcategorías.

4.- El cuarto paso es la verificación participante, que consiste en brindar la oportunidad a los participantes de verificar lo que el investigador ha encontrado. En una entrevista es posible hacerlo compartido con la persona lo que hemos comprendido, o en los grupos focales, pidiendo a los participantes que resuman cuanto han expresado respecto a sus sentimientos.

Frente a esta fase las investigadoras, regresaron al campo de estudio, porque se encontraron datos incompletos, incoherentes y para verificar si lo encontrado en los datos informativos es lo que los participantes han querido manifestar.

5.- El quinto paso, después de la sección, el investigador se reúne con el colaborador para ver si se observaron y si se escucharon las mismas cosas y, en general, para verificar las coincidencias en la percepción de la sesión.

Las investigadoras, se reunieron y se discutieron la verificación de las coincidencias de lo que se escuchó y se observó.

6.- Finalmente, se plantea la conveniencia de que los resultados se compartan con los participantes y otros investigadores.

En esta última fase las investigadoras informaron los resultados encontrados a los participantes, a la institución donde se realizó dicha investigación, además se hará conocimiento a otros investigadores.

3.7. RIGOR CIENTÍFICO

Principios de rigor según Serrano⁴⁹.

CREDIBILIDAD: Valor de verdad: Isomorfismo entre los datos recogidos por el investigador y la realidad. En la presente investigación todos los datos obtenidos han sido aceptables, es decir creíbles.

TRANSFERENCIA: Grado en que puede aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos. Una vez obtenidos los resultados de la investigación fueron extendidos a otros contextos o realidad.

CONSISTENCIA: Repetición de resultados cuando se realizan investigaciones en los mismos sujetos e igual contexto. En la presente investigación con los datos obtenidos y después de una revisión minuciosa se revalidaron, regresando al campo de estudio para asegurar si lo transcrito es lo que el participante quiso decir.

NEUTRALIDAD: Garantía de que los descubrimientos de una investigación no están sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador. En esta investigación los datos obtenidos se mantuvieron tal y como han sido narrados por los participantes, sin alterarlos.

3.8. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

La presente investigación se rige mediante los principios bioéticos, según el DECRETO SUPREMO N° 001-2011- JUS.

- **Principio de respeto de la dignidad humana:** la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen fin supremo de la sociedad y del estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios.

La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentalización de esta. La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto.

En el presente trabajo de investigación se respetó la dignidad de la persona participante en todos sus aspectos.

- **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 tecnología 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 a la ciencia. En la presente investigación siempre se mantuvo a la persona en primer lugar, para no causar daño a su integridad física.
- **Principio de autonomía y responsabilidad personal:** la autonomía debe 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.

En el presente trabajo de investigación se respetó la autonomía de la persona haciendo firmar su consentimiento informado, si permite su participación en dicha investigación y se le permitirá dejar su participación si así lo desea.

- **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 intencionalmente.

En la presente investigación se minimizo los riesgos y la equivocación para maximizar los beneficios, respetando la decisión de los participantes.

Además, toda la información que nos proporcionaron fue utilizada como medio de investigación siendo el único beneficio, obtener resultados, los cuales han sido utilizados de manera estricta para fines de ésta.

- **Principio de igualdad, justicia y equidad:** toda investigación y aplicación científica y tecnología en torno a la vida humana considerará la igualdad odontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen.

En la presente investigación, se trató a la persona de una manera justa. Además, al momento de recopilar la información no se discrimino a ninguna persona si desea participar, así esta no se encuentre dentro del rango de la edad que se está delimitando, pero no se tomó en cuenta al momento del análisis ni de la cuantificación de las variables.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

SÍNTESIS COMPARATIVA

En el siguiente cuadro se presenta en síntesis las categorías y subcategorías que emergieron de los discursos:

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ES SALUD
CUIDADO CON ENFASIS EN LO BIOLÓGICO	CUIDADO CON ENFASIS EN LO BIOLÓGICO
EVIDENCIANDO EL CUIDADO ESPIRITUAL	EVIDENCIANDO EL CUIDADO ESPIRITUAL
- Cuidado espiritual en base a la confianza	- Cuidado espiritual en base a la confianza
- Evadiendo el cuidado espiritual	- Evadiendo el cuidado espiritual
- Cuidado espiritual respetando la cultura	- Cuidado espiritual respetando la cultura
- Cuidado espiritual mediante representaciones	- Cuidado espiritual mediante representaciones
EMERGE LA SATISFACCION FRENTE AL CUIDADO	EMERGE LA SATISFACCION FRENTE AL CUIDADO

Después de realizar un análisis temático han emergido estas categorías y subcategorías.

El cuidado de Enfermería se ha caracterizado por su esencia en el respeto a la vida, encaminando a la conservación, el restablecimiento y el autocuidado del paciente, repercutiendo su accionar en los resultados finales tales como el alta, la recuperación y la menor estancia hospitalaria.

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser, la caracterización de nuestro diario quehacer. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual y un ser holístico.

1. CUIDADO CON ÉNFASIS EN LO BIOLÓGICO

La enfermería implica todos aquellos cuidados que un enfermero le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al paciente⁵⁰.

Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. La enfermería oncológica se ubica en la primera línea de cuidados y que su desempeño va de la mano del conocimiento, el desarrollo de habilidades y la vocación de servicio.

El Cáncer es una enfermedad que posee, aún, un significado amenazador para el paciente, presentándose como riesgo prematuro y de muerte, interrumpiendo su trayectoria de vida, alterando su visión del mundo, exigiendo del portador de la enfermedad fuerza y creatividad para soportar los cambios, muchas veces drásticos, en su estilo de vida. El paciente con cáncer requiere mayor cuidado físico y biológico que otros pacientes y la intervención de enfermería está basada en administrar el tratamiento y minimizar las molestias relacionadas al tratamiento del paciente⁵¹.

Esto se puede apreciar en los siguientes discursos en forma semejante e ambos hospitales:

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ESSALUD
Paciente	
<i>Me administra los medicamentos, acá todo me ponen, si tengo fiebre me ponen mi medicina (Amarillo)</i>	<i>La enfermera viene me coloca la medicina, la sonda. eso es básicamente lo que realiza la enfermera (Fucsia)</i>
<i>Ellas vienen, nos dan los medicamentos, nos ponen las ampollas, a veces nos llevan al baño y nos ayudan. (Verde)</i>	<i>Viene la enfermera y lo que hace es colocarme el medicamento y controlarme, desde el día que estoy acá se ha dedicado a colocarme todo el medicamento que está indicado. (Anaranjado)</i>
Enfermera	
<i>Lo primero es el arreglo de cama, a veces la higiene porque ellos no pueden hacer su</i>	<i>... porque ahí aplicas toda tu base científica y sobre todo teórica, porque</i>

<p><i>propio autocuidado, luego la alimentación por sonda nasogástrica cambio e pañal, porque a veces la técnica está ocupada y le apoyamos en ese sentido. Y la administración de medicamento que se le brinda hasta el último día de su vida. (Rojo)</i></p>	<p><i>tienes que convencer a los pacientes que continúen el tratamiento pese a los efectos secundarios. (Celeste)</i></p>
<p><i>En un paciente con cáncer terminal lo único que hay que esperar es que llegue el desenlace final, entonces a este tipo de pacientes básicamente el tratamiento que se les da es contra el dolor, no? Y el tratamiento que se les da es lo que nosotros le llámanos es tratamiento paliativo del paciente en el cual se encuentra. (Azul)</i></p>	<p><i>Los cuidados que se le brinda al paciente acá en el servicio de oncología son los cuidados de administración de medicamentos, vemos su temperatura, como a ellos se les administra distintos medicamentos tenemos que estar pendiente de las reacciones adversas que tienen estos medicamentos en ellos con náuseas, vómitos. Algunas de las diferentes reacciones que tienen se le cae el pelo, entonces uno como enfermera se le brinda los cuidados para que se sientan bien o mejor. (Rosado)</i></p>
<p><i>Los cuidados van a depender mucho de donde este alojado el cáncer. (Blanco)</i></p>	<p>-----</p>

En los discursos mencionados tanto del paciente como del enfermero(a) se observan semejanzas del hospital MINSA y ESSALUD, además la gran importancia que le otorgan al aspecto biológico del paciente con cáncer desde los cuidados cotidianos hasta los cuidados paliativos necesarios en este tipo de cuidado; sin embargo, también emergen las evidencias de un cuidado espiritual.

2. EVIDENCIANDO EL CUIDADO ESPIRITUAL

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente, mostrando un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. Como parte del cuidado que todo profesional de enfermería debe ofrecer, está el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado, como es en pacientes que padecen enfermedades crónico degenerativas como es el cáncer.

El ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones. La dimensión espiritual, representa la más noble y trascendente de la persona. Además, la necesidad espiritual se hace más evidente con frecuencia durante una crisis o enfermedad. Uno de los objetivos del cuidado paliativo que puede brindar el profesional de enfermería es atender las necesidades espirituales de los enfermos, conjuntamente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales⁵².

Para Watson (1989), el ser trasciende en la naturaleza⁵³. La dimensión espiritual relaciona al individuo con el mundo, pues le da significado y sentido a la existencia. Establece, además, un puente común entre los individuos, pues los trasciende y les permite compartir sus sentimientos. Según Smutko, la espiritualidad resulta de la relación con Dios, con el otro y consigo mismo ⁵⁴.

La espiritualidad hace referencia tradicionalmente a aquello que da vida o esencia al ser humano. Según Reed (1992) define espiritualidad como la parte del ser humano que busca el significado y el propósito a través de la conexión

intrapersonal, interpersonal y transpersonal. De esto podemos deducir que la espiritualidad engloba a la religión pero no es un sinónimo de ello, sino que abarca un concepto mucho más amplio, es una dimensión única de la persona que ni la razón ni el conocimiento pueden explicar⁵⁵.

En determinados momentos y circunstancias de la vida la espiritualidad adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte. Por ello la enfermera debe ofrecer en todo momento un cuidado en todas sus dimensiones, en especial la espiritual, sin menoscabar la importancia de las demás dimensiones.

Hoy por hoy el cuidado de enfermería se ve disminuido en la dimensión espiritual, como se encuentra en este estudio cuando surgen las siguientes subcategorías:

2.1 Cuidado espiritual en base a la confianza

El cuidado de enfermería es el cuidado de la salud del otro. La enfermería se preocupa por la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integralidad⁵⁶.

Virginia Henderson, pionera en incorporar una filosofía humanista y trascendental a los cuidados de enfermería, dice que "cuidar es ponerse en el lugar del otro; es ocupar la piel del otro", proceso que implica un gran compromiso afectivo. Este enfoque humanístico en el acto de cuidar requiere

sentimientos, deseos y valores alrededor de una gran generosidad, infundiendo fe y esperanza en la persona⁵⁷.

A la enfermedad y la hospitalización se asocian el dolor y el sufrimiento, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; genera sentimientos de miedo y desconfianza, que terminan por aislar a la persona. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores. Es aquí donde la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar ahí en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar. La enfermera comprometida en este abordaje dispone el tiempo y la actitud necesarios para reafirmar su propia perspectiva espiritual. Deberá fortalecer y buscar ayuda para renovar su espiritualidad⁵⁸.

El cuidado espiritual está relacionado en base a la confianza que le brinda el profesional de enfermería al paciente para poder identificar las necesidades espirituales, a través de la relación terapéutica cálida y armoniosa en donde la comunicación a través de la entrevista, lenguajes verbal y no verbal, contacto visual, contacto físico, respeto por momentos de soledad y silencio, constituyen el bagaje del profesional de enfermería para dinamizar su intervención; permite asumir roles de compromiso saliéndonos de la esfera de la indiferencia, el profesional de enfermería es quien más tiempo comparte con el paciente y su familia. Se plantea entonces el significado que para el arte del cuidado, le aporta

el patrón de conocimiento estético en donde como una obra de arte, la intervención de enfermería se transforma en el cincel que moldeará la piedra de mármol interviniendo en amortiguar el impacto que la enfermedad crónica produce en la textura de la vida del paciente.

Estos cuidados en base a la confianza se evidencian en los pacientes hospitalizados de ambos hospitales de manear similar, así lo manifestaron durante las entrevistas tal como se muestran en los siguientes discursos:

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ESSALUD
Paciente	
<i>Lo que me dicen las enfermeras en la mañana es como esta. (Lila)</i>	<i>Hay que explicarle por lo qué está pasando por todo esto, educarle, obviamente tiene que saber frente a que esta y todo lo que le espera. Como persona ser empática, ponerse en sus zapatos. (Celeste)</i>
<i>La enfermera me pregunta como estoy, como he pasado la noche. Como he amanecido que molestias tengo. (Amarillo)</i>	<i>Me dice que tenga paciencia, así es la vida. (Fucsia)</i>
<i>Sí, me dicen señora como esta cómo se siente, a veces en la mañana vienen y me dicen señora, como ha amanecido se siente mejor o igual, pero siempre acá nos mejoramos, vienen nos empiezan a tocar la espalda y el pecho. (Verde)</i>	<p>-----</p>

Enfermera	
<i>Yo le pregunto como esta, bueno eso es algunas colegas, porque algunas solo le administran y no les dicen nada. Los cuidados que les brindamos a los pacientes es primero el cuidado espiritual, darle la mano por que a veces no nos escuchan. Entonces es darle la mano, hablarle, conversarle, llamarlo por su nombre preguntarle cómo se siente eso es lo principal cuando está en la fase terminal, y darle una buena calidad de vida. (Rojo)</i>	-----
<i>Lo que yo si he hecho es darle comida, preguntarle como esta, tratar de hacerle conversación, porque hay momento en el sí está consiente de sí mismo, por ejemplo, eso es lo que hago yo: ¿julio cesar como esta, ha comido?, tiene hambre?, pero no puedo entablar más conversación con el por su estado de conciencia. (Blanco)</i>	-----

En los discursos mencionados tanto de pacientes como de enfermeros(as), se observa que el cuidado de enfermería en la dimensión espiritual brindado a pacientes que padecen cáncer terminal en ambos hospitales, es confundido con la confianza, que encierra una serie de acciones, como el contacto visual, contacto físico, palabras de aliento, respeto por momentos de soledad y el silencio, no obstante también encontramos evadiendo el cuidado espiritual.

2.2 Evadiendo el cuidado espiritual

La Enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Así, podrá favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones. Pero la falta de tiempo y de entrenamiento en la relación de ayuda impiden dar los cuidados espirituales que se requieren⁵⁹.

Todo cuidado ofrecido debe ser dirigido a satisfacer las necesidades del individuo ya sea que el ser humano esté en salud o enfermedad. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual y un ser holístico.

Existen veces en las que el cuidado que se brinda no es de forma holística; la realidad que se enfrenta en los escenarios de cuidado es que muchas veces el cuidado espiritual es delegado al sacerdote, pastor, ministros y el personal de enfermería muchas veces no participa en el mismo, ya sea porque no se sienten capacitados para ofrecer el cuidado o porque no tiene el tiempo suficiente para proveer este cuidado. Es demasiado frecuente en enfermería comprobar que los profesionales no ponen demasiado énfasis en la dimensión espiritual de la naturaleza humana.

Esto se puede apreciar en los siguientes discursos en forma semejante en ambos hospitales.

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ESSALUD
Paciente	
No señorita, nada, solo las veo cuando me ponen el medicamento, solo pasan, a veces nos dicen como están, si nos duele les decimos y si no nada. Ninguna palabra de aliento. (Lila)	Es que ellas no tienen mucho tiempo, con el paciente no están mucho, y cuando le colocan la medicina cuando ya terminan dicen que no tiene mucho tiempo, porque tienen muchos pacientes. La enfermera nunca habla de Dios ni sobre la biblia, Será porque no tiene tiempo. (Dorado)
Nunca he escuchado hablar a la enfermera de DIOS, viene y no dice nada. (Amarillo)	Muy poco, la enfermera cuando tiene tiempo me habla sobre Dios. (Fucsia)
Enfermera	
Bueno trato de estar allí con mis pacientes apoyándolos, pero no tarto de conectarme mucho, porque a veces te choca si les pasa algo y bueno ya lo comprobado; y a veces el mismo rol lo impide. Imagínate estar con el paciente más de 5 minutos. ¿Puede venir la supervisión y me pregunta, que estás haciendo?... esto no es tan necesario, hay otras personas que lo pueden hacer. Además, hay 12 a 15 pacientes más. (Blanco)	Mira nosotras si le preguntamos, no te digo todas las veces, pero de vez en cuando si lo hacemos, pero hablarle de Dios o quedarnos mucho tiempo hablando de Dios o espiritualidad la verdad es que... Si lo hacemos lo hacemos de repente un minutito, o sea es rápido, porque como ya vez nosotras no disponemos de mucho tiempo. (Rosado)
-----	La enfermera viene, muy pocas veces habla a cerca de Dios, o leer la biblia de repente. Eso no lo hace. (Anaranjado)

En los discursos mencionados tanto de pacientes como de enfermeros, se evidencia que ambos hospitales la enfermera evade el cuidado espiritual en pacientes que padecen cáncer terminal en ambos hospitales, siendo este un cuidado primordial que favorece el afrontamiento del dolor o del sufrimiento de la enfermedad; sin embargo, también evidenciamos el cuidado espiritual respetando la cultura.

2.3.Cuidado espiritual respetando la cultura:

La cultura es un conjunto de ideas, comportamientos, símbolos y prácticas sociales, aprendidos de generación en generación a través de la vida en sociedad⁶⁰. Al brindar el cuidado el profesional de enfermería debe comprender mejor las creencias, prácticas y problemas de salud propios de personas procedentes de otras culturas⁶¹.

Según M. Leininger los cuidados culturales son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte⁶².

Uno de los pilares básicos de la actividad asistencial consiste en el respeto a la diversidad cultural, un valor inviolable inherente al respeto de la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad. Este valor es fundamental no sólo

porque hay que entender que las perspectivas sobre las causas de los trastornos, los conceptos de salud y enfermedad, la noción sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento o la forma de expresar los síntomas varían según el contexto cultural y no son universales, sino porque este aspecto favorece una adherencia mejor al tratamiento y, por tanto, un resultado de salud mejor, tanto objetivo como subjetivo.

Aunque resulta evidente que ninguno puede aspirar a conocer completamente innumerables aspectos de las culturas de los pacientes, sí que es aconsejable hacer un esfuerzo para ampliar el conocimiento sobre ellas, igual que lo es adoptar una actitud flexible y abierta, con el objeto de aceptar la diferencia cultural como algo enriquecedor que nos lleva a ser culturalmente competentes en el ejercicio de nuestra profesión y a mejorar la salud⁶³. Esto se ve reflejado en los siguientes discursos de ambas entidades de salud, de manera semejante:

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ESSALUD
Paciente	
No, no puedo leer ahorita, pero todos los días vienen mis familiares a leer la biblia, pero los botan rápido, no los dejan mucho tiempo a mi lado. (Lila)	El padre ha venido hablar con nosotros. (Dorado)
Sí, todos los días, llegan acá hermanitos de otras iglesias. Vienen hablarme, el padrecito también viene. (Amarillo)	Mañana han dicho que va a venir el padre a darme la comunión. (Anaranjado)
Si nos permiten, los hermanitos vienen siempre a predica, son buenas. (Verde)	Acá tenemos el capellán del hospital, que todos los días recorre todos los pisos.

	<i>También les permitimos entrar a sus pastores, luego es bueno preguntarle que religión profesa, si es católico o no, de acuerdo a eso permitirle que venga su pastor o sacerdote. (Celeste)</i>
Enfermera	
<i>Rezar con ella no, porque a veces no tenemos tiempo de estar con ellos, pero si permitimos que vengan grupos católicos o religiosos que recen y a veces nos involucramos allí con ellos. Y después decirles que hay que esperar a Dios con la calidad de vida que tienen, Dios sabe porque hace las cosas, hablarle. Pero sí, en oración nos involucramos en los grupos que a veces vienen al servicio. (Rojo)</i>	<i>Bueno, nosotros si con algunos pacientes les hablamos, respetando sus creencias religiosas, hay un capellán acá que va y visita los pacientes, todos los días él hace su recorrido, no habla con todos eso sí. El viene y nos pregunta a nosotras las enfermeras quienes requieren mayor comunicación con Dios, todo eso, y nosotras ya le indicamos que pacientes están un poco más mal, hay pacientes que de repente están en fase terminal y entonces es él el que viene a brindar el cuidado. (Rosado)</i>
<i>...Y sería adecuado, pero a veces los familiares van y traen un sacerdote de otras iglesias, corren con los gastos, a diferencia de otras religiones que continuamente vienen todos los días y hacen una plegaria, una oración. (Azul)</i>	-----
<i>Si el paciente se complica, se coordina con los familiares para que venga su sacerdote o algún pastor... a veces vienen personas de otras congregaciones a predicar con su biblia, a orar e integran a los familiares. (Blanco)</i>	-----

En los discursos mencionados tanto de pacientes hospitalizados como de enfermeras(os) se demuestra que el profesional de enfermería brinda sus cuidados

espirituales relacionados solo a la religión mediante la presencia de un sacerdote o pastor para de esta manera satisfacer las necesidades de la persona cuidada respetando a la vez su cultura; no obstante, también encontramos el cuidado espiritual mediante representaciones.

2.4. Cuidado espiritual mediante representaciones:

Una representación es un símbolo, imagen o imitación que hace que una persona piense en una determinada cosa⁶⁴.

El uso de representaciones es muy habitual en pacientes con enfermedades degenerativas, es por ello la importancia de la forma en que se manejan los asuntos religiosos pues puede influir en la calidad de vida.

El bienestar espiritual, especialmente la sensación de que la vida tiene sentido y la paz, se relacionan de manera primordial con la capacidad de los pacientes de cáncer para continuar disfrutando de la vida a pesar de altos grados de dolor o cansancio crónico⁵⁶.

Esto se ve reflejado en los siguientes discursos de ambas entidades de salud, de manera similar:

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ESSALUD
Enfermera	
<i>Yo sinceramente dejo que se respete mucho eso, que tenga una estampita, algunos duermen con una biblia, se trata de respetar mucho esa parte y bueno si</i>	<i>Si traen algo pequeño, estampita pequeña, y muchos lo tienen a lado de su cama, no hay ningún problema. Nosotros no tenemos por qué impedir eso, eso es de</i>

<i>hay días donde hay oportunidades y donde no es pertinente que hay grupos de religión que rezan exageradamente, hacen bulla, a veces el paciente este incomodo, esta con cefalea, entonces allí yo me acerco y converso que sería adecuado utilizar tonos bajos todo básicamente por la salud del paciente. (Azul)</i>	<i>cada quien. (Celeste)</i>
<i>No prohibimos, a veces las estampillas lo pegan a veces de sus camas, pegan algunas imaginas porque a veces las creencias y los hábitos de ellos, nosotros les dejamos, porque es depende de cada religión que ocupe, no hay ninguna restricción. (Rojo)</i>	<i>Pero si en la parte espiritual nosotros respetamos de repente si vienen con una estampilla, les dejamos que este ahí en su velador, claro que no sea muy grande de repente porque nosotras como ya vez cuidamos siempre la asepsia, para evitar contaminación con los pacientes. (Rosado)</i>
<i>Yo creo que debería respetarse cada creencia y dependiendo de eso actuar. (Blanco)</i>	-----

En los discursos mencionados tanto de pacientes hospitalizados y de enfermeras(as) de ambas entidades de salud se encuentra que el uso de símbolos o imágenes por parte de los pacientes suele ser permitido por el enfermero; el cual se menciona que lo hace para respetar la cultura de los pacientes, pero sin manifestar el verdadero cuidado espiritual; sin embargo, también emerge la satisfacción frente al cuidado.

3. EMERGE LA SATISFACCION DEL PACIENTE FRENTE AL CUIDADO

La satisfacción se define como “el grado de conformidad del paciente con los aspectos técnicos e interpersonales de los cuidados profesionales que le presta Enfermería”⁶⁵

Un buen profesional de enfermería es aquel que busca brindar lo mejor de sí para lograr la estabilidad de su paciente, dedicándole tiempo a todo lo que lo rodea, como aplicar su medicamento a la hora exacta, identificar sus necesidades y respondiendo con rapidez a todos sus llamados. De acuerdo a esto se define esta categoría como “Es aquella actitud de disposición que tiene el enfermero (a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado”⁶⁶

Esto se ve manifestado en los siguientes discursos de ambas entidades de salud, de manera similar:

HOSPITAL MINSA	HOSPITAL ESSALUD
Paciente	
<i>Sí. Ellas no quieren que estemos enfermos, nos ayudan. Y tenemos que agradecerlos, porque por ellas estamos vivos. (Verde)</i>	<i>Si me atienden bien. Cuando necesito alguna cosa, al toque vienen a verme. (Amarillo)</i>

En los discursos citados el paciente hospitalizado de ambos hospitales como MINSA Y ESSALUD, se observa la satisfacción frente al cuidado brindado

enfocado en la atención rápida, oportuna y los cuidados que ofrece la enfermera con el fin de que el paciente hospitalizado en el servicio se sienta cómodo infundiéndole ánimo y vigor al paciente.

Finalmente, se afirma que el cuidado debe abarcar las diferentes dimensiones considerando al ser humano como persona pandimensional y sobre todo procurando un cuidado humanizado mediado la relación de ayuda a través de una acogida cálida, una comunicación enfatizando el diálogo especialmente sabiendo escuchar en una relación horizontal mediada por la empatía, la autenticidad entre otros aspectos psicológicos.

CAPITULO V

5.1. CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente se considera que en ambos hospitales de estudio MINSA y de ESSALUD de Chiclayo tienen semejanzas, así:

En los resultados encontrados sobre el cuidado a los pacientes que padecen cáncer terminal, resalta el cuidado con énfasis en lo biológico, donde el cuidado está orientado a monitorear signos vitales, administrar tratamiento farmacológico y minimizar las molestias relacionadas al tratamiento del paciente, dejando de lado las otras dimensiones como lo social, psicológico y espiritual, haciendo que el cuidado brindado no sea holístico para el ser humano.

Hoy en día los profesionales de salud están dejando de lado el cuidado espiritual, enfocándose principalmente en lo biológico, hecho que ocasiona que el profesional de enfermería pierda la esencia de su quehacer diario en una de las dimensiones del ser humano más noble y trascendente, como es la espiritualidad, que ayuda a enfrentar la evidencia de una enfermedad o crisis e incluso están lejos de brindar un cuidado humanizado al ser humano como una persona pandimensional; es decir imposible de ser fragmentada.

Los enfermeros durante su labor asistencial en ambas instituciones de salud, hacen referencia de brindar un cuidado espiritual; sin embargo, este es confundido con la confianza y la religión. El cuidado espiritual, hace referencia a un concepto mucho más amplio, es una dimensión única de la persona que ni la razón ni el conocimiento pueden explicar.

Los profesionales de salud que laboran en la institución de Es Salud y de MINSA consideran que el cuidado espiritual no debe ser su prioridad en el plan de cuidados, esto demuestra que poco a poco la importancia de este cuidado se ha ido perdiendo, siendo la profesión de enfermería una profesión de servicio y cuidado al paciente en todas sus dimensiones.

Los pacientes cuando son diagnosticados con alguna enfermedad crónica degenerativa como el cáncer, de pronto se ven inmersas en un mundo desconocido lleno de incertidumbres, ansiedad, incredulidad, miedo, enojo, impacto y depresión, razón por la cual los profesionales de salud deben realizar cuidados abarcando todas las dimensiones del ser humano, que ayuden a mejorar su calidad de vida.

El cáncer no tan solo afecta la parte física sino también la parte emocional, social y espiritual de la persona, hecho que requiere de una atención especial e integral que abarque todas las dimensiones. Ya que uno de los objetivos del profesional de enfermería es atender las necesidades espirituales de los enfermos, conjuntamente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales

RECOMENDACIONES

- Concientizar la importancia del cuidado del paciente en todas sus dimensiones física, social, espiritual y emocional a través del Proceso ENFERMERO, en las instituciones educativas de nivel superior como son las universidades, con la finalidad de reforzar y fomentar con mayor énfasis en sus estudiantes el cuidado integral y humanizado con visión holística del ser humano y así mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad y mediante la práctica de valores cuando lleguen a ejercer la parte asistencial de la profesión de enfermería.
- Sensibilizar a los profesionales de enfermería de ambas instituciones de salud MINSA Y ESSALUD, a través de talleres, donde se brinde toda la información necesaria de la importancia, beneficios de la aplicación del cuidado espiritual en un paciente que padece cáncer terminal sin olvidar la pandimensionalidad para contribuir al afrontamiento de la enfermedad y la muerte sobre todo considerando a la persona sin ser fragmentada mediante la relación de ayuda.
- Incorporar en los hospitales MINSA una sala o servicio de oncología para que se brinde un cuidado de enfermería especializado y no combinar a pacientes de diferentes patologías como actualmente se evidencia en los servicios de medicina interna y cirugía.
- Incluir un curso de ética y ontología dentro del currículo de estudios de la carrera de enfermería para formar a profesionales con principios y valores más acentuados para así brindar un servicio de calidad.

- Coordinar con los directos de los hospitales MINSA y ESSALUD para capacitar a los enfermeros que laboran en dichas instituciones acerca de espiritualidad, y así las enfermeras se empoderen del cuidado en el aspecto espiritual del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Constitución de la organización mundial de la salud. [Web en línea] 2006 [Consultado 02 Mayo 2014]; Disponible en:http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad [Web en línea] 1998[Consultado 02 Mayo 2014]; Disponible en:<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
3. WIKIPEDIA. Enfermedad degenerativa. [Web en línea] 2014[Consultado 02 Mayo 2014]]; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_degenerativa
4. OMS. Centro de prensa: cáncer. [Web en línea] 2014[Consultado 02 Mayo 2014]]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
5. Ramos W, Venegas D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Primera edición. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013.
6. INEN. Perfil Epidemiológico. [Web en línea] 2011 [Consultado 21 Mayo 2014]; Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
7. Chambergro R. Solo en Lambayeque: EsSalud reporta más de mil casos de cáncer. Expresión. 7 al 14 de junio de 2012. Noticias: 1-2.

8. Alarcón, A. Manual de Psicooncología. 1ª ed. Clínica de Marly. Bogotá. 2006.
9. Payán, Vinaccia, Quiceno. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. [Web en línea] 2011[Consultado 02 Mayo 2014]; Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_7750_v14n2-art7.pdf
10. SEOM. Colección oncovida. [Web en línea]. 2010[Consultado 10 mayo 2015]
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n15.pdf
11. Instituto Nacional del Cáncer. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer. [Web en línea] 2012 [Consultado 02 Mayo 2014]; Disponible en: [http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page1/AllPages](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos/apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page1/AllPages)
12. Guevara y Mesa. Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias. [Web en línea] 2012 [Consultado 02 Mayo 2014]; Disponible en: http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3686/1/CLAUDIA_PATRICIA_GUEVARA_ARMENTA_trabajo.pdf
13. SCIELO. [Web en línea] 2005 [Consultado 28 Enero 2016]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007

14. Espinosa L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. *Revista de calidad asistencial*. 2006; 21 (4): 199 – 206.
15. Ruiz Salvador.F. Adulto. [Web en línea] s/f [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.mercaba.org/DicES/A/adulto.htm>
16. Núñez R. Lidia. Prescolar, escolar, adolescente, adulto sano y trabajador. [Web en línea] s/f [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
17. Jesús Antonio. Adulto Maduro. [Web en línea] 2014 [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Adulto-Maduro/51440249.html>
18. Red Escolar Nacional. Desarrollo de la Edad Adulta. [Web en línea] 2008 [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema7.html>
19. PREZI. Adultos de edad madura. [Web en línea] 2006 [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <https://prezi.com/f6jtt61vclgr/adultos-de-edad-madura/>
20. MSc.DraGonzalez. A. Odalys. Crecimiento y desarrollo del adulto joven, maduro y anciano. [Web en línea] s/f [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pomaceo.sld.cu%2FAdjuntos%2FMGI%2520I%25204to%2520ano%2FCr>

ecimiento%2520y%2520desarrollo%2520del%2520adulto%2520joven%2
C%2520maduro.pps&ei=RZKuVNGXOsrZeMiqhPgI&usg=AFQjCNEOk
35BzWlyYxiP6YTGfSe9ek9Nsw&bvm=bv.83134100,d.dmo

21. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el Cáncer? [Web en línea] 2014[Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
22. OMS. Cáncer. [Web en línea] 2015 [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
23. American Cancer Society. ¿Qué es metástasis? [Web en línea] 2014[Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/metastasisenhuesos/guiadetallada/metastasis-en-los-huesos-what-is-bone-mets>
24. OMS. Cáncer. [Web en línea] 2014[Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/> OMS. Cáncer. [Web en línea] 2014[Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es//fs297/es/>
25. Lara Solares Argelia, Tamayo Valenzuela Antonio C, Gaspar Carrillo Sandra P. Manejo del Paciente Terminal [Web en línea] 2006 [Consultado 06 Marzo 2015]; Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf>

26. Mayer Rivera, Francisco J. Fase terminal y cuidados paliativos. [Web en línea] 10 de abril 2006 [Consultado 06 Marzo 2015]; Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art26/abr_art26.pdf
27. Judith VS. Hospitalización [Web en línea] España: api-3856650 de 19 de octubre 2008, [Consultado 10 de mayo 2014]. Dirección electrónica: <http://es.scribd.com/doc/7346658/Hospitalizacion>
28. Juárez Rodríguez P. A. La importancia del cuidado de enfermería. [Web en línea] 2010 [Consultado 28 junio 2014] Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=114:la-importancia-del-cuidado-de-enfermeria
29. Gutierrez T. Guadalupe. Conceptos de Enfermería y Cuidado de Enfermería [Web en línea] 2013 [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://es.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos-de-enfermeria-y-cuidado-de-enfermeria>
30. Báez F, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado del cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichán [revista en Internet] 2009 julio-diciembre. [Acceso 25 de junio del 2014]; 9(2). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HcMoCQxF61kJ:www.scielo.org.co/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1657-59972009000200002%26lng%3Den+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
31. Acuña, L. Humanización en el cuidado de Enfermería. [Web en línea] 2010 [Consultado 06 Enero 2015] Disponible en:

[http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Ac
u%C3%B1a.pdf](http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Ac
u%C3%B1a.pdf)

32. Waldow VR, Borges RF. El Proceso de Cuidar Según la Perspectiva de la Vulnerabilidad. [Web en línea] 2008 [Consultado 06 Enero 2015] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf (31)
33. Goodoy, S. La Enfermería brinda con calidad y calidez. Cuidado [Web en línea] 2010 [Consultado 28 Enero 2016] Disponible en: <http://www.carrerasconfuturo.com/2010/12/16/la-enfermeria-brind-cuidado-con-calidad-y-calidez/>
34. Collado R. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Revista 360. 2010; 5; 1-3 (32)
35. Contreras, A. La relación de la biológico y lo social en el proceso salud-enfermedad. [Web en línea] 2013 [Consultado 28 Enero 2016] Disponible en: <http://www.voicesofyouth.org/es/posts/la-relacion-de-la-biologico-y-lo-social-en-el-proceso-salud-enfermedad>
36. S/A. Significado de Psicológico. [Web en línea] 2013 [Consultado 28 Enero 2016] Disponible en: <http://www.significados.com/psicologico/>
37. Rivas Medina V. Centro de Cancerología bajo la teoría del Cuidado Humano. [Web en línea] 2010 [Consultado 28 junio 2014]; Disponible en: <http://www.oem.com.mx/elheraldodechihuahua/notas/n3422341.htm> 33

38. Fuentes, Y. Teoría Del Cuidado Humano De Jean Watson. [Web en línea] 2012 [Consultado 06 Enero 2015]; Disponible en: <http://tpfite8.blogspot.com/> 34
39. Prieto Grieco. Concepto de espiritualidad. [Web en línea] 2010 [Consultado 02 Mayo 2014]; Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/219302469/Concepto-de-Espiritualidad> 35
40. Gonzales J, Quintero D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Bogota: DC, Pontificia Universidad Javeriana; 2009 36
41. San Martin. P, Cecilia. Espiritualidad, en la Tercera Edad. [Web en línea] 2007 [Consultado 06 Enero 2015] Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf> 37
42. Yoffe, Laura. Efectos Positivos de la Religión y la Espiritualidad en el Afrontamiento de Duelos. [Web en línea] s/f [Consultado 06 Enero 2015] Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>
43. S/A. desarrollo del conocimiento de enfermería. [Web en línea] s/f [Consultado 28 Enero 2016] Disponible en: http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.pe/2013/12/seres-humanos-unitarios_19.html

44. Taylor J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1986. Primera edición. Barcelona: Ediciones PAIDOS. 41
45. Ortiz, L. Curso Investigación Cualitativa [en línea]. Colombia; 2012. [Consultado el 06 Marzo. 2015] Disponible en: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401122/MODULO_3_Creditos_IC_12.pdf
46. Ariza, M; Gandini, L. El Análisis Comparativo Cualitativo como Estrategia Metodológica. [en línea]. México; 2012 [consultado 06 Marzo. 2015]. Disponible en: https://www.academia.edu/1873659/Ariza_M_y_L._Gandini_2012_El_analisis_comparativo_cualitativo_como_estrategia_metodologica.
47. Albert, M. (2007). La Investigación Educativa. Claves Teóricas. España: Mc Graw Hill.
48. Alvarez-GayouJurgenson Cómo hacer investigación cualitativa. Barcelona, España Primera edición: 2003. Consultado el 10 de octubre de 2014.
49. Álvarez J .L. y Jurgenson G. (2003), Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología. Editorial Paidos Mexicana S.A. México.
50. Serrano, G. (1994). Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. I. Métodos. Madrid: La Muralla.
51. DEFINICIÓN ABC. Cuidado de enfermería. [Web en línea]. 2015 [consultado 10 diciembre. 2015]. Disponible en <http://www.definicionabc.com/salud/cuidado-de-enfermeria.php>

52. SCIELO. El cuidado de la persona con cáncer. [Web en línea]. 2015 [consultado 10 diciembre. 2015] Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007
53. **Muñoz A, Morales I, Bermejo J.** La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. [Revista en línea]. España. . [Consultado el 9 diciembre 2015]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000200008&script=sci_arttext
54. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. [En línea]. Sabana 2012. [Consultado el 9 diciembre 2015]; Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
55. Sierra L, Montalvo A. Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. [Revista en línea]. Colombia 2012. [Consultado el 9 diciembre 2015]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a07.pdf>
56. Collado M. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Rev. Universidad Interamericana [Revista en línea]. Puerto Rico 2012. [Consultado el 9 diciembre 2015]; Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
57. NIH. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer—para profesionales de salud. Rev. Relación de la religión y la espiritualidad con la adaptación, la

- calidad de vida y los índices de salud [Revista en línea]. Estados Unidos 2014. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pro-pdq#section/_16
58. Copyright. Definición de espiritualidad. [Revista en línea]. S/L 2008. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/espiritualidad/>
59. Hernández A, Guardado C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev. Revista Cubana de Enfermería [Revista en línea]. Cuba 2004. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007
60. Significados de cultura. S/L 2014. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.significados.com/cultura/>
61. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Rev. Gazeta de Antropología [Revista en línea]. Cáceres 2006. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html
62. Leininger M. La teoría de transculturación. Rev. Cuidado [Revista en línea]. S7L 2012. consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/madeleine-leininger.html>

63. Departamento de Salud. Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud. Rev. Generalidades de Catalunya [Revista en línea]. Catalunya 2007. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/09/diversidad_cultural.pdf
64. Copyright. Definición de espiritualidad. [Revista en línea]. S/L 2008. [consultado 10 Dic 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/representacion/>
65. MEDWAVE. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. [Web en línea]. 2015 [consultado 10 diciembre 2015] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mar2004/2712>
66. JAVERIANA Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias. [Revista en línea]. 2015 [consultado 10 diciembre 2009] Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis05.pdf>

APÉNDICE



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, bajo plena libertad acepto participar de la investigación titulada “CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES QUE PADECEN CANCER TERMINAL EN HOSPITALES MINSA Y ESSALUD. CHICLAYO. ESTUDIO COMPARADO 2015” que tiene como objetivos recolectar información sobre el cuidado enfermero con énfasis en lo espiritual en el paciente que padece cáncer terminal. Entendiendo que las informaciones dadas serán solo de mi consentimiento garantizando el secreto y respetando mi privacidad. Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluta confidencialidad, anonimato y relatadas con la mayor fidelidad por la investigadora. También tendré la libertad de retirarme del estudio sin que tenga ninguna represalia. Si tengo dudas entonces las investigadoras me aclararan dudas respecto a ello. Finalmente expreso que después de las aclaraciones convenientes realizadas por las investigadoras consiento participar de la investigación.

Chiclayo 2015

Firma del Informante

Firma de las Investigadora



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA ABIERTA PROFUNDA A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE UN HOSPITAL MINSA Y ESAALUD

I. OBJETIVO:

La presente entrevista abierta profunda tendrá como objetivo recolectar información acerca del cuidado enfermero en pacientes que padecen cáncer terminal.

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____ Sexo: _____
- Procedencia: _____

III. INTERROGANTES:

Preguntas orientadoras:

- Relate por favor todas las actividades o cuidados que le realiza la enfermera.
- ¿Usted puede relatar la atención o el cuidado en lo espiritual que le realiza la enfermera?



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA ABIERTA PROFUNDA A ENFERMERAS

I. OBJETIVO:

La presente entrevista abierta profunda tendrá como objetivo recolectar información acerca del cuidado enfermero en pacientes que padecen de cáncer terminal.

II. DATOS GENERALES:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____ Sexo: _____
- Procedencia: _____

III. INTERROGANTES:

Preguntas orientadoras:

- Relate por favor toda la atención o cuidado que proporciona a los pacientes con cáncer terminal.
- Diferencie el cuidado en la esfera espiritual que usted brinda a los pacientes con cáncer terminal.