

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO  
INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR,  
DISTRITO DE PALCA - 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

**DELIA ESTELA ROJAS CÓNDOR  
KETTY RUFINA ROMERO BERAUN**

**Callao, 2018  
PERÚ**

**AUTORES:**

**DELIA ESTELA ROJAS CONDOR  
KETTY RUFINA ROMERO BERAUN**

## **DEDICATORIA**

A nuestros hijos, por ser nuestro motor y motivo de superación continua.

A mi madre Reyna, por motivarme día a día a lograr mis metas.

A mi mamita Paulina que desde el cielo celebra mis logros.

Delia y Kety

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por concederme serenidad y fortaleza en todo momento.

A la especialista Cecilia por haber compartido con nosotras sus grandes conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

**Las autoras**

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE GRAFICOS</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>9</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>9</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Formulación del Problema	12
1.2.1 Problema General	12
1.2.2 Sub Problemas	12
1.3 Objetivos de la Investigación	12
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2 Objetivos Específicos	13
1.4 Limitantes de la investigación	13
1.4.1 Limitante teórico	13
1.4.2 Limitante temporal	13
1.4.3 Limitante espacial	13
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>14</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes	14
2.1.1. Antecedentes Internacionales	14
2.1.2. Antecedentes Nacionales	17
2.2. Marco teórico	22
2.2.1. Teorías	22
2.2.2. Conceptual	28
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>64</b>
<b>HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>64</b>
3.1 Hipótesis	64
3.2 Operacionalización de variables:	64

<b><i>CAPÍTULO IV</i></b>	<b>66</b>
<b><i>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</i></b>	<b>66</b>
<b>4.1 Tipo y Diseño de la Investigación</b>	<b>66</b>
4.1.1 Tipo de Investigación	66
4.1.2 Diseño de la Investigación	66
<b>4.2 . Población y Muestra</b>	<b>67</b>
4.2.1 Población	67
4.2.2 Muestra de Estudio:	67
<b>4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos</b>	<b>67</b>
4.3.1 Técnica	67
4.3.2 Instrumentos	67
<b>4.4 Análisis y procesamiento de datos</b>	<b>68</b>
<b><i>CAPÍTULO V</i></b>	<b>69</b>
<b><i>RESULTADOS</i></b>	<b>69</b>
<b>5.1. Descripción de resultados</b>	<b>69</b>
<b><i>CAPÍTULO VI</i></b>	<b>79</b>
<b><i>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i></b>	<b>79</b>
<b>6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares</b>	<b>79</b>
<b><i>CONCLUSIONES</i></b>	<b>81</b>
<b><i>RECOMENDACIONES</i></b>	<b>82</b>
<b><i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i></b>	<b>83</b>
<b><i>ANEXOS</i></b>	<b>85</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	1:Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	69
Tabla	2:Actitud de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	71
Tabla	3:Actitud de los familiares hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente oncológico en el hogar. distrito de Palca-Tarma 2018	73
Tabla	4:Actitud de los familiares hacia el apoyo psicosocial del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	75
Tabla	5: Actitud de los familiares hacia el cuidado durante la crisis del dolor en el paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	77

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1: Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018	70
Gráfico 2: Actitud de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	72
Gráfico 3: Actitud de los familiares hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	74
Gráfico 4: Actitud de los familiares hacia el apoyo psicosocial del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	76
Gráfico 5: Actitud de los familiares hacia el cuidado durante la crisis del dolor en el paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018	78

## RESUMEN

El estudio de investigación “Actitud de los Familiares Hacia el Cuidado Integral del Paciente Oncológico en el Hogar distrito de Palca-Tarma 2018” tuvo como Objetivo determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar, con una metodología de tipo cualitativo, corte transversal, nivel aplicativo y método descriptivo. La población estuvo conformada por 30 familiares de pacientes oncológicos diagnosticados en los diferentes hospitales especializados del Perú. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento Escala tipo Likert modificada, aplicada previo consentimiento informado. Los resultados fueron procesados y analizados en cuadros estadísticos, obteniéndose que los familiares en un 70% (21) presentaron una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar y 20%(6) una actitud desfavorable y 10% muy favorable. En lo que respecta a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en la dimensión de necesidades básicas el 66.7% presentaron una actitud favorable, 23.3% una actitud desfavorable y 10 % muy favorable. En cuanto a la dimensión psicosocial 70% presentaron una actitud favorable, y 16.7 % una actitud desfavorable y 13.3 % muy favorable. En lo que se relaciona a la dimensión tratamiento farmacológico el 56.7% presentaron una actitud favorable, 33.3% una actitud desfavorable y 10% muy favorable. Y con respecto a la dimensión durante las crisis del dolor del paciente el 80% presentaron una actitud favorable, y 13.3% una actitud muy favorable y desfavorable 6.7 %. Concluyéndose que la mayoría de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente oncológico en cuanto a la atención integral en sus 4 dimensiones (necesidades básicas, psicosocial, tratamiento oncológico y crisis de dolor)

**palabras claves:** actitud, cáncer, familia, cuidado integral.

## ABSTRACT

The present research study entitled "Attitude of the relatives towards the integral care of the oncological patient in the district home of Palca -Tarma 2018" has as a general objective the attitude of the relatives towards the integral care of the oncological patient in the home. Quantitative, cross section, application level and descriptive method. The population consisted of 30 relatives of oncological patients diagnosed in the different specialized hospitals of Peru. The technique used was the survey and the instrument. The results were processed and analyzed in statistical tables, obtaining that the relatives in 70% (21) present a favorable attitude towards the integral care of the oncological patient in the home and 20% (6) an unfavorable attitude and 10% very favorable. What refers to the attitude of the family towards comprehensive care in the dimension of basic needs 66.7% have a favorable attitude, 23.3% an unfavorable attitude and 10% very favorable. Regarding the psychosocial dimension, 70% presented a favorable attitude, and 16.7% an unfavorable attitude and 13.3% very favorable. What relates to the pharmacological treatment dimension, 56.7% presents a favorable attitude, 33.3% an unfavorable attitude and 10% very favorable, and finally, with respect for the dimension during the patient's pain crisis, 80% present a favorable attitude, and 13.3% a very favorable and unfavorable attitude 6.7%. Conclude that the majority of the relatives favorable attitude for the integral care of the patient in the comprehensive care in its 4 dimensions (basic needs, psychosocial, oncological treatment and pain crisis

**keywords:** attitude, cancer, family, comprehensive care.

# INTRODUCCIÓN

La investigación es un aporte científico donde el investigador estudia la causa y efecto donde se surge la preocupación de indagar sobre la salud del paciente oncológico partiendo de las actitudes de los familiares donde son la pieza calve del cuidado, la cual es una tarea difícil de enfrentar, su angustia y dolor, sufrimiento de su ser querido, debe prever apoyo emocional partiendo del tratamiento y terapias del paciente con cáncer es consciente de su enfermedad pensando a ser dependiente de alguna ayuda, siendo la familia el ente más cercano y confiable. La familia tiene el rol de cuidar la integridad de sus miembros y si dentro de ella se encuentra un paciente oncológico debe afrontar diversas dificultades asociadas a su enfermedad entre ellos la complejidad del sistema de salud, educación lo social y económico.

El objetivo de este trabajo es determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018, con el propósito de brindar información fidedigna al personal de salud, específicamente al profesional de enfermería para que su intervención de respuesta a sus necesidades del paciente y familia y se debe implementar programas preventivos promocionales sobre cáncer con la finalidad de mejorar y fortalecer el soporte emocional que la familia brinda al paciente oncológico.

El presente trabajo de investigación está comprendido por cuatro capítulos:

CAPITULO I: El problema, en el cual se presenta el planteamiento del problema, delimitaciones y formulación de los objetivos, justificación de la investigación y las limitaciones del estudio.

CAPITULO II: que consta el marco teórico y formulación de hipótesis y diseño metodológico.

CAPITULO III: que consta de resultados y discusión

CAPITULO IV: Se dan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Finalmente referencias bibliográficas y anexos.

Las autoras

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

El cáncer en la actualidad a nivel mundial, se ha convertido en un problema de salud pública por el incremento significativo de casos que anualmente se observa y el daño psicológico, económico y social que produce en el entorno familiar y la comunidad es significativo más aún si el paciente es responsable del hogar o jefe de familia.

Se conoce que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos por año y se pronostica que para el año 2030 esta cifra se elevará a 21.3 millones, (1) La Organización Mundial de la Salud menciona que el año 2005 murieron 7.6 millones de personas por cáncer y que en los próximos 10 años morirían 84 millones si no se toma en cuenta las medidas preventivas necesarias (2). Se conoce también que más del 70% de muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medianos y según la Organización Panamericana de salud, el tercio de estas muertes por cáncer son de las regiones de América donde estas muertes aumentara de 1.2 % en 2008 a 2.1 millones para el año 2030; como producto del envejecimiento y el cambio de los estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol, dieta poco

saludable, inactividad física) así como por la exposición a contaminante ambientales, cancerígenos y radiación solar.(3).

El Perú no es ajeno a estos datos estadísticos pues según el registro de casos nuevos atendidos en el INEN el año 2014, se diagnosticaron 11583 nuevos casos de cáncer, de los cuales el cáncer de cérvix presenta mayor incidencia con 1485 seguido del cáncer de mama con 1216 cáncer al estómago con 926; con predominio en el sexo femenino que del total de los casos nuevos presentan 7052 frente a los varones que son 4531 casos nuevos. Al realizar el análisis por tipo de neoplasia, la mortalidad por cáncer de estómago representó el 18.92% del total de defunciones por cáncer en el periodo estudiado (2008 - 2013), ocupando la primera causa de mortalidad por cáncer en el país en ambos sexos. En las mujeres, el cáncer de cuello uterino, cuerpo de útero y partes del útero no especificadas, representan el 10.7% y el cáncer de mama femenina el 5% de la mortalidad por cáncer El cáncer ocurre a cualquier edad, en los niños (0 a 14 años) representó el 2,9% del total de casos nuevos entre 2008 y 2015, mientras que el 54,8% del total de cánceres ocurrieron en el grupo etáreo de 15 a 64 años de edad y el 41.5% en mayores de 65 años de edad. Como se observa las personas que más se ven afectadas por cáncer, pertenecen al grupo de la población económicamente activa (PEA): 15 a 64 años. Los grupos poblaciones de niños (0-14 años) y ancianos (mayores de 65 años) dependen económicamente de la PEA en el contexto socio económico del país, (Razón de Dependencia); si este grupo poblacional se ve afectado en su salud y más aún por una enfermedad de larga evolución **(4)**, va producir inestabilidad emocional, económica y social en los familiares que convive con él. Es importante conocer estas reacciones porque se va reflejar en la actitud que presentan frente a la enfermedad que a su vez va permitir al enfermo a enfrentar los signos y síntomas del mal.

En la región Junín el Cáncer de Estomago se encuentra en primer lugar con un 3.75% del total de casos, seguido del cáncer de cuello

uterino con un 12.6%, el cáncer de mama con un 4.5% del total de casos. Por procedencia el Distrito de Huancayo aporta el mayor porcentaje con el 19.35% del total, seguido de Huancavelica 7.75% ,El Tambo con 6.6%, Chilca 3.25%, Pampas 2.6%, Chupaca 2.6%, Tarma 2.5%, La Oroya 2.1%,Concepcion 1.8%,Jauja, Sapallanga, Lima, Santo Domingo de Acobamba, Acobamba, Parihuanca y Huayucachi con un 1.12% , Satipo , Sicaya y Comas 1%, Quilcas , Junín y Andamarca 0.87% y San Jerónimo de Tunan 0.75% de aporte del total. (5)

El Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas, a la fecha a atendido a más de 17 mil personas, cuyas atenciones priman como estadística de cérvix (cuello uterino) en primer lugar, seguido de cáncer de mama en mujeres, en varones el cáncer de próstata, y en ambos sexos con una alto índice el cáncer gástrico. En la región Junín al I semestre de 2015 se brinda tratamiento a 677 pacientes en este centro. De esa cantidad, 207 pacientes son mujeres que padecen de cáncer de cuello uterino, seguido de 142 pacientes con cáncer gástrico. (6)

En el distrito de Palca y anexos en el tiempo que venimos laborando, se ha observado el incremento significativo de casos de cáncer de estómago y útero, principalmente en la población adulta y adulto mayor; quienes al ser diagnosticados con la enfermedad se ven consternados en los primeros días y muchas veces se niegan a iniciar el tratamiento, observándose en los familiares diferentes actitudes que van influir finalmente en la toma de decisiones del paciente con cáncer, sobretodo en quienes conviven con ellos. Es importante conocer que el cáncer no solo afecta la salud física del paciente, también hace que los sentimientos parezcan más intensos que pueden cambiar a diario, cada hora o cada minuto y sobre todo la necesidad de apoyo moral y de información.

Así mismo, es importante conocer que cuando el paciente es diagnosticado con cáncer se va producir cambios muy profundos en los aspectos socioeconómicos de la familia porque se incrementan los gastos

por el costo del tratamiento y posiblemente porque dejará de laborar por un tiempo; sobre todo si el paciente es del grupo que solventa los gastos del hogar

A todos estos cambios del paciente, el entorno familiar, no es ajeno a esta realidad y muchas veces por desconocimiento o por la desesperación de tener a un familiar con el diagnóstico de cáncer que en algunos de ellos va significar muerte, ocasiona diferentes reacciones que directamente influye en la actitud del paciente para hacer frente a la enfermedad y a cumplir con tratamiento; por lo que nos planteamos la pregunta; ¿Cuál es la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito Palca-Tarma 2018?.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuál es la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018?

### **1.2.2 Sub Problemas**

¿Cuál es la actitud de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente oncológico en el hogar?

¿Cuál es la actitud de los familiares hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente oncológico en el hogar?

¿Cuál es la actitud de los familiares hacia el apoyo psicológico del paciente oncológico en el hogar?

¿Cuál es la actitud de los familiares hacia el cuidado durante la crisis de dolor del paciente oncológico en el hogar?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Identificar la actitud de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente oncológico en el hogar.

Identificar la actitud de los familiares hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente oncológico en el hogar.

Identificar la actitud de los familiares hacia el apoyo psicosocial del paciente oncológico en el hogar.

Identificar la actitud de los familiares hacia el cuidado durante la crisis del dolor en el paciente oncológico en el hogar.

## **1.4 Limitantes de la investigación**

### **1.4.1 Limitante teórico**

Con respecto a la existencia de trabajos de investigación de familiares con casos de cáncer en el hogar, se cuenta con poca bibliografía por lo que nos fue difícil recabar información para la parte de los antecedentes optando tomar investigaciones con actitud de familiares con patologías diferentes.

### **1.4.2 Limitante temporal**

De acuerdo a la naturaleza del problema objeto de estudio nuestro trabajo es transversal por lo que se debe aplicar el instrumento en un tiempo determinado y tal vez sea una limitante por la distancia donde viven los pacientes, toda vez que el ámbito de estudio es en todos los anexos del distrito de Palca.

### **1.4.3 Limitante espacial**

Por las distancias que existen entre los anexos del distrito de Palca, que a pesar de existir accesibilidad se emplea de 1 a 2 horas de viaje.

# CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

Según un estudio de "Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de Cáncer de mama" realizado en Brasil afirman lo siguiente: El diagnóstico de la enfermedad y la comunicación sobre la cirugía movilizaron a los familiares para la manifestación de comportamientos inmediatos asociados a la situación, identificados como estímulos focales, los cuales inmediatamente confrontan a la persona, exigiéndole una respuesta, que puede ser adaptativa o ineficaz. (7)

Fue posible observar la reacción de los familiares de las mujeres mastectomizadas, frente a la noticia del diagnóstico de cáncer de mama. El miedo fue un sentimiento significativamente presente entre los familiares, en el momento del descubrimiento de la enfermedad, como demuestran las declaraciones a seguir: Todo el mundo tiene miedo (Bena-hermana); Pensé enseguida en la muerte... (Valdo-marido); Existe aquel miedo... porque nunca lo esperé. (Dara-madre); Estoy con miedo de reaparecer... (Eliza-hija).

Estas declaraciones demuestran que el cáncer es visto como una enfermedad sin cura, asociada a la muerte y/o con poca o ninguna posibilidad de cura, aunque sepamos que los avances tecnológicos

pueden proporcionar mayores posibilidades de cura y una mayor calidad en la sobre-vida de los pacientes. Se puede percibir también la deficiencia en las orientaciones a los familiares, muchas veces dejados de lado en el tratamiento del paciente.

Barroso, E. y Guerra, S. (2008), en su investigación actitud del personal de enfermería hacia el cuidado del paciente indigente que ingresa a la unidad clínica de la emergencia de adultos del hospital “Dr. Luis Razetti” de Barcelona. tuvo como objetivo general determinar la actitud del personal de enfermería en su dimensión cognitiva, afectiva y conductual hacia el cuidado del paciente indigente que ingresa a la unidad clínica de la emergencia de adultos del hospital universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona. Para ello se realizó un estudio basado en un diseño de campo, transversal y contemporáneo, enmarcado dentro de un tipo de estudio descriptivo.

La Población estuvo conformada por 59 enfermeras (o) a las cuales fue aplicado un instrumento escala de Lickert tipo encuesta que consto de 38 proposiciones positivas y negativas de respuestas abiertas. Los resultados evidenciaron que existe una actitud muy positiva y positiva de (32% y 35%), en el componente cognitivo, (36% y 38%) enmarcado en la categoría muy positiva y positiva del componente afectivo y un (44% y 27%) en el componente conductual entrando en el rango de muy positiva y positiva.

Como conclusión se evidencio que el personal de enfermería presenta creencias, sentimientos y conductas positivas al momento de abordar y brindar cuidados al paciente indigente. (8)

Lunar, A y Villegas, Y (2004), en su estudio titulado: “Actitud de los profesionales de enfermería hacia los cuidados paliativos del enfermo Oncológico en fase Terminal, instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño, Valencia estado Carabobo”, cuyo objetivo fue

“Determinar la actitud del profesional de enfermería hacia los cuidados paliativos proporcionados al enfermo Oncológico en fase terminal, en sus componentes: cognitivo, afectivo y conductual, en el instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia estado Carabobo.

La población la conformaron trece (13) profesionales de enfermería, responsables de proporcionar cuidados al enfermo Oncológico en fase terminal, como elementos muestrales se consideraron la totalidad de la población. El instrumento fue estructurado en dos (2) partes, la primera referida a los datos socio-laborales contentivos de 3 ítems (nivel académico, tiempo de servicio y turno de trabajo. La segunda parte fue diseñada de acuerdo a los requerimientos de la escala de Likert, con sus cinco (5) categorías de enunciados o alternativas de respuestas señalados como; totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo, totalmente de acuerdo, en cuarenta y tres (43) ítems.

Los resultados obtenidos indicaron que los aspectos considerados constituyen elementos muy positivos de la actitud manifestado por los profesionales de enfermería hacia los cuidados paliativos proporcionados al enfermo oncológico en fase terminal, y que permite inferir en la presencia de un actitud positiva y favorable por parte de dichos profesionales hacia la implementación de los cuidados paliativos en el enfermo oncológico en fase terminal. (9)

Pérez, M; Piñero, E; y Rangel, L (2003), Desarrollaron un trabajo de investigación titulado “Actitud del profesional de enfermería hacia el paciente post- operado en la clínica Lugo de Maracay”. El objetivo estuvo dirigido a determinar la actitud del profesional de enfermería hacia el paciente postoperado en la unidad clínica de hospitalización de la clínica Lugo de Maracay. El estudio se ubicó en la perspectiva metodológica dentro de las investigaciones de campo de carácter

descriptivo- transversal (ya que se determinan las variables simultáneamente en determinado momento). La población seleccionada fue de 44 profesionales de enfermería en los diferentes turnos y unidades clínicas. Los resultados permitieron concluir que el profesional de enfermería de la clínica Lugo de Maracay, proporciona cuidado sin evasión de asignaciones, trato digno y humano al paciente postoperado con expresión de sentimientos positivos que ayudan a la pronta recuperación del mismo a través de metodologías donde se pone en práctica los conocimientos y experiencia. (10)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

En el Perú en un estudio sobre Conocimientos, carga laboral y edad como factores influyentes en la actitud del cuidador primario del paciente con cáncer pulmonar, menciona que: Los cuidadores primarios de pacientes con cáncer pulmonar sometidos a quimioterapia manifiestan presentar mayor sobrecarga intensa 83% y tienen en su mayoría edades entre 50 a 59 años 27% pertenecen al género femenino 65% , su estado civil corresponde al de casados/conviviente 65%, proceden de Lima 55%, tienen instrucción superior 48%. ocupación independiente 50%, parentesco con el paciente hijo/hija 37%, número de hijos 3 a 4 50% (30) y tiempo de cuidado de 1 a 2 años 67% Dado que el valor del Chi – Cuadrado es mayor al valor crítico, se puede afirmar que el conocimiento, sobrecarga laboral y edad influyen en la actitud del cuidador primario de pacientes con cáncer pulmonar, además el valor de  $p < 0,005$  con un intervalo de confianza del 95% indica que la relación es significativa(11)

En otro estudio realizado en el Perú en la investigación sobre relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en paciente con cáncer de mama concluye que: Las participantes identificaron como las estrategias de afrontamiento de mayor uso: reinterpretación positiva,

acudir a la religión y aceptación; las estrategias menos utilizadas fueron: desentendimiento conductual y negación respectivamente

Osorio J. En su estudio de investigación “Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.2010”, Callao -Perú; cuyo objetivo fue: Determinar la actitud de la Enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente. Empleando el diseño descriptivo, nivel aplicativo y de corte transversal, con población total de 128 pacientes, de los cuales se extrajeron una muestra de 50 pacientes, utilizando como instrumento la escala tipo Lickert modificada cuyas conclusiones fueron: que la mayoría de los pacientes opinan que las enfermeras presentan actitudes medianamente favorables hacia el cuidado que les brindan, también que las enfermeras tienen una actitud medianamente favorable con tendencia a desfavorable hacia el cuidado del paciente en el aspecto físico, que las enfermeras tienen una actitud medianamente favorable con tendencia a desfavorable hacia el cuidado del paciente en el aspecto psicológico y por último que las enfermeras tienen una actitud medianamente favorable con tendencia a desfavorable hacia el cuidado del paciente en el aspecto social.

En cuanto al bienestar psicológico, a nivel descriptivo se encontró que las dimensiones obtienen puntajes muy similares, siendo las de mayor puntaje las relaciones positivas, auto aceptación y dominio del entorno. Las de menor puntaje fueron la autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal (12).

Rodríguez N. realizó un estudio titulado “la actitud de la familia frente al paciente con diagnóstico de esquizofrenia y percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería con pacientes de diagnóstico de esquizofrenia en consultorio externo de psiquiatría del centro de Salud Ermitaño Bajo. El

objetivo fue determinar la actitud de la familia frente al paciente con diagnóstico de esquizofrenia de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería con pacientes de diagnóstico de esquizofrenia Noviembre 2012. El método fue descriptivo de abordaje cuantitativo en el cual para la realización de este proyecto se requirió de dos encuestas, entre las cuales, la primera fue para identificar la actitud de la familia frente al paciente esquizofrénico en donde se utilizaron 9 preguntas cerradas, y la segunda fue para identificar la percepción de los familiares sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia la cual constaba con 27 preguntas cerradas.

Entre las conclusiones en que se llegaron fueron: “El personal de enfermería brinda sesiones educativas periódicamente, donde asisten todos los familiares con diagnóstico de esquizofrenia” Este trabajo brindo a la autora la forma de abordaje del análisis de los resultados.  
(13)

Aparicio A. en su estudio acerca de las “Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizan, Enero-febrero del 2010”, de tipo cualitativo, método descriptivo-analítico; el instrumento no se precisa en la investigación cuyo objetivo fue conocer las vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con Esquizofrenia”. Entre las consideraciones en que se llegaron fueron.

“Las vivencias de la familia en el trascurso del cuidado de una persona con esquizofrenia, refleja en diferentes situaciones, la existencia de “duele” por la pérdida del hijo sano, “dolor” por la situación diaria que atraviesa la persona con esquizofrenia y su familia, e “incertidumbre” por la expectativa de quien cuidara del hijo en su futuro y el desgaste emocional y físico que conlleva atenderlo y cuidarlo

en casa... En el transcurso de la enfermedad, la función del persona de salud se torna vacía y rutinaria, por limitarse a entrevistas superficiales y prescripciones de fármaco”. Entre los más destacados aportes de esta investigación fueron: como resalta, lo difícil que es para familia cuidar a un paciente esquizofrénico, y la función primordial del personal de salud en los cuidados no solo para el paciente sino también para la familia, ya que esta también padece día a día con la enfermedad.(14)

Huamán L. Actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos al paciente oncológico terminal en el hogar - Huancayo 2013, El objetivo fue determinar la actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en el hogar en el Hospital Regional Docente de Enfermedades Oncológico - 2013. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 40 familiares. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo escala de Likert, aplicado previo consentimiento informado. Del 100 por ciento (40), 64 por ciento (19) tienen actitud medianamente favorable, 23 por ciento (7) favorable y 13 por ciento (4) desfavorable. Respecto a la dimensión física, 66 por ciento (19) tienen actitud medianamente favorable, 17 por ciento (5) favorable y 17 por ciento (5) desfavorable; en la dimensión emocional, 59 por ciento (17) tienen actitud medianamente favorable, 24 por ciento (7) desfavorable y 17 por ciento (5) favorable; en la dimensión psicológica, 69 por ciento (20) tienen actitud medianamente favorable, 17 por ciento (5) favorable y 14 por ciento (4) desfavorable; y en la dimensión espiritual, 62 por ciento (18) tienen actitud medianamente favorable, 21 por ciento (6) favorable y 17 por ciento (5) desfavorable. Los resultados fueron que la actitud de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje es medianamente favorable ya que atienden según sus criterios las necesidades del paciente, buscan soporte emocional en algún personal de salud, seguido de un porcentaje considerable con actitud favorable

porque los familiares mantienen al paciente oncológico en buen estado de higiene, ante la presión y ansiedad que genera le enfermedad llora mucho, y un mínimo porcentaje significativo manifiesta que es desfavorable porque se sienten desorientado ante procedimientos legales administrativos que requiere el familiar enfermo, no mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte, encuentran soporte emocional.(15)

Arenas Q. Vannia en su estudio para optar el título de Magister en Enfermería Oncológica sobre “Actitudes de la enfermera hacia el paciente oncológico en fase terminal, según necesidades del enfermo” del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas obtiene por resultado: De 20 (100%) enfermeras encuestadas, 8 (40%) muestran una actitud de indiferencia hacia el paciente oncológico en fase terminal, 6 (30%) enfermeras muestran una actitud de aceptación y otras 6 (30%) de ellas presentan una actitud de rechazo. En relación a las necesidades físicas del paciente, se tiene que 7 (35%) enfermeras muestran una actitud de aceptación, sin embargo un mismo número de enfermeras 7 (35%) se inclina hacia una actitud de indiferencia. Por último, se tiene que un menor porcentaje de enfermeras 6 (30%), muestra una actitud negativa o de rechazo hacia las necesidades físicas del paciente. En relación a las necesidades psicológicas del paciente, se tiene que más de la mitad de enfermeras encuestadas, 11 (55%) muestra una actitud de indiferencia hacia esta dimensión. Seguido de 5 (25%) enfermeras que muestran una actitud de rechazo y solo 4 (20%) enfermeras muestran una actitud de aceptación hacia la dimensión psicológica del paciente. En relación a las necesidades espirituales del paciente, se tiene que la mayoría de enfermeras encuestadas 9 (45%) muestra una actitud de indiferencia hacia el aspecto espiritual del paciente. Seguido de 6 (30%) enfermeras que muestran una actitud de aceptación y solo la cuarta parte de enfermeras muestra una actitud de rechazo hacia esta dimensión.(....)

Nolasco V. Milagros J. en su tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería en su estudio “ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO EN EL HOGAR. HVLH. 2014” encuentra obteniéndose que los familiares en un 60% (18) presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar y 40%(12) una actitud desfavorable. En lo que respecta a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en la dimensión necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar, 53% presentan una actitud desfavorable, y 47% una actitud favorable. En cuanto a la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico en el hogar, 73% presentan una actitud favorable, y 27% una actitud desfavorable. En lo que se relaciona a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en el tratamiento farmacológico del paciente esquizofrénico en el hogar, 87% presentan una actitud favorable, y 13% una actitud desfavorable Y por último, en relación a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente esquizofrénico en el hogar, 60% presentan una actitud desfavorable, y 40% una actitud favorable. Concluyéndose que la mayoría de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado integral en la dimensión psicológica y tratamiento farmacológico. También existe una mayoría de ellos que presentan actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis y hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en el hogar. **(20)**

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1. Teorías**

#### **Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson**

Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y

ético de la enfermería. Filosofía De Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).

El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado . El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.

**Componentes del cuidado:** debe darse basado en el conocimiento para cuidar de una persona se necesita conocer su entorno y sus necesidades. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

**Paciencia:** La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera, con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo, la paciencia incluye la tolerancia.

**La tolerancia:** expresa mi respeto por el crecimiento de cada persona. Sinceridad, en el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero, al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría

que fuese, o como siente que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy.

**Confianza:** El cuidado implica confiar en el crecimiento de cada persona en el tiempo determinado. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje. Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado brindado. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades.

**El cuidado humanizado:** basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento (16).

### **Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson**

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la

naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

### **Interacción enfermera paciente**

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

### **Campo fenomenológico:**

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

### **Relación de cuidado transpersonal:**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

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

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.

## **Momento de cuidado**

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

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el “fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia”. (17)

### 2.2.2. Conceptual

#### **CANCER:**

- a) **Definición:** Es el término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier órgano del cuerpo. Dichas enfermedades se caracterizan por una profunda alteración de la regulación del crecimiento y/o muerte celular y por la adquisición de una capacidad para invadir localmente y diseminarse a distancia. También se denominan tumores malignos o neoplasias malignas (**manual de enfermería**)
- b) En el cáncer se acumulan células anormales ya sea por multiplicación rápida y descontrolada como por fallas en los mecanismos de muerte celular natural. Las células neoplásicas presentan invasividad, esto significa que se extienden más allá de los límites habituales dentro o fuera de sus órganos de origen. También tienen la capacidad de ingresar a los vasos linfáticos o sanguíneos e implantarse en órganos alejados en un proceso conocido como metástasis.
- c) Cuando las células normales se envejecen o se dañan, mueren y células nuevas la remplazan, en caso del cáncer este proceso se altera porque las células nuevas nacen desmedidamente.
- d) **Etiología del Cáncer:** El cáncer es causado por alteraciones en el material genético de las células. Esas anormalidades van desde mutaciones puntuales del ADN hasta cambios más groseros en los cromosomas como de lesiones (roturas), amplificaciones, duplicaciones, translocaciones, etc.

Estas anormalidades pueden ser adquiridas o heredadas. Veamos cada una de ellas:

**1. Adquiridas:** son aquellas que aparecen a lo largo de la vida y pueden estar asociadas a la exposición de:

- Agentes físicos, como las radiaciones ionizantes y ultravioletas.

- Agentes químicos, tabaco, anilinas, ciertos solventes, pesticidas, productos de combustión, etc.
- Agentes infecciosos: virus y bacterias.

**2. Heredadas:** Son aquellas que ya se presentan en la célula huevo debido a que provienen de mutaciones presentes en las células germinales del padre (espermatozoides) o de la madre (ovocitos). Los involucrados son genes que en la célula normal regulan el crecimiento y mantienen la integridad del genoma pero cuya actividad está alterada en el cáncer. Es importante remarcar que, si bien las anomalías genéticas son la regla en los tumores malignos, en solo el 5 al 10% de los casos puede verificarse un verdadero patrón que se hereda de padres a hijos. En los cánceres hereditarios mutación asociada a la enfermedad está presente en todas las células del individuo, incluyendo a sus propias células germinales. En los casos de cáncer hereditario, los individuos enferman a edades más tempranas.

Estos genes pueden ser:

- Oncogenes, cuya expresión favorece el crecimiento celular.
- Genes supresores de tumores, cuya función frena la proliferación.
- Genes vinculados con la reparación celular, cuya función es la reparación de los daños o errores que se producen habitualmente en el ADN.

**e) Cuadro clínico del Cáncer:** El cáncer es un grupo de enfermedades que pudiera causar casi cualquier signo o síntoma. Los signos y síntomas dependerán de la localización del cáncer, cuán grande es, así como de qué tanto afecta a los órganos o los tejidos. Si un cáncer se propaga (hace *metástasis*), entonces los signos o síntomas pudieran aparecer en diferentes partes del cuerpo.

A medida que el cáncer crece, éste comienza a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios. Esta presión ocasiona algunos de los signos y síntomas del cáncer. Si el cáncer se encuentra en un área crítica, como en ciertas partes del cerebro, aun el tumor más pequeño puede causar síntomas de la enfermedad.

Pero en ocasiones el cáncer surge en lugares donde no causará ningún signo o síntoma hasta que ha crecido en gran tamaño. Por ejemplo, los cánceres de páncreas usualmente no causan síntomas sino hasta que han crecido lo suficiente como para presionar los nervios u órganos cercanos (esto ocasiona dolor de espaldas o de abdomen). Otros cánceres pueden crecer alrededor de la vía biliar y bloquear el flujo de bilis. Esto causa que los ojos y la piel adquieran un color amarillento (ictericia). Cuando un cáncer de páncreas causa signos o síntomas como éstos, por lo general está en etapa avanzada. Esto significa que ha crecido y propagado más allá del lugar donde se originó (el páncreas).

**f) Fases del cáncer:** La etapa o estadio describe la extensión o gravedad del cáncer que aqueja a un individuo. El conocer la etapa de la enfermedad ayuda al médico a planear el tratamiento de una persona y a estimar el pronóstico.

Los sistemas de estadificación han evolucionado con el tiempo y siguen cambiando conforme los científicos aprenden más sobre el cáncer el más utilizado con estos fines.

Los exámenes físicos, estudios de imágenes, pruebas de laboratorio, informes de patología e informes de cirugía proporcionan información para determinar la etapa del cáncer.

Según el sistema TNM está basado en la extensión del tumor (T), la extensión de la diseminación a los ganglios linfáticos (N), y la

presencia de metástasis (M). Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor y la extensión de la diseminación tenemos:

**-Tumor primario (T)**

**TX** El tumor primario no puede ser evaluado

**T0** No hay evidencia de tumor primario

**Tis** Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)

**T1, T2, T3, T4** Tamaño y/o extensión del tumor primario

**Ganglios linfáticos regionales (N)**

**NX** No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales

**N0** No existe complicación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer en los ganglios linfáticos)

**N1, N2, N3** Complicación de ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de diseminación)

**-Metástasis distante (M)**

**MX** No es posible evaluar una metástasis distante

**M0** No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)

**M1** Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

Por ejemplo, cáncer de seno **T3 N2 M0** se refiere a un tumor grande que se ha diseminado fuera del seno a ganglios linfáticos vecinos, pero no a otras partes del cuerpo. Cáncer de próstata **T2 N0 M0** significa que el tumor está localizado sólo en la próstata y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo. Para muchos cánceres, las combinaciones TNM corresponden a una etapa o estadio de cinco posibles. Los criterios para las etapas difieren para tipos diferentes de cáncer. Por

ejemplo, el cáncer de vejiga T3 N0 M0 es etapa III; sin embargo, el cáncer de colon T3 N0 M0 es etapa o estadio II.

**g) Tipos de cáncer:**

Los tumores malignos se denominan según:

**El tejido de origen**

**Tumores epiteliales:** conocidos como **CARCINOMAS**.

- ✓ Adenocarcinomas: provienen de tejidos que forman glándulas.
- ✓ Carcinomas epidermoides o escamosos.
- ✓ Carcinomas de células basales y carcinomas de células de transición.

**Tumores del tejido de sostén, músculos y vasos:** conocidos como **SARCOMAS**.

- < Grasa: liposarcoma.
- < Fibroso: fibrosarcoma.
- < Músculo liso: leiomioma.
- < Músculo estriado: rhabdomioma.
- < Hueso: osteosarcoma.
- < Otros.

**Tumores linfoproliferativos y hematopoyéticos:** linfomas, leucemias, mieloma.

**Tumores del tejido nervioso:** astrocíticos, oligodendrogiales, oligoastrocíticos,

ependimarios, de la región pineal, embrionarios, de nervios craneales y paraespinales, de la vaina de nervios periféricos, de las meninges.

**Tumores de melanocitos:** melanoma.

**Tumores de las células germinales.**

**h) Tratamiento del cáncer:** Hay muchos tratamientos para el cáncer, depende del tipo de cáncer y en cuanto ha avanzado la enfermedad, algunas personas recibirán un tipo de tratamiento pero la gran mayoría recibirá una combinación de tratamientos

como cirugía con quimioterapia o radioterapia; también puede recibir inmunoterapia terapia dirigida o terapia con hormona.

**Cirugía:** Es un procedimiento en el que el médico con capacitación especial extirpa el tumor del cuerpo que puede ser abierta o invasiva en forma mínima. Existen también otros tipos de intervención como: criocirugía, laser, hipertemia y terapia fotodinámica.

**Riesgos de la cirugía:**

**Dolor:** después de la cirugía el dolor es inevitable en la zona operada que dependerá del tamaño.

**Infección:** es otro de los problemas que un postoperado puede presentar y es de vital importancia los cuidados necesarios de limpieza y asepsia.

**La Hemorragia:** por posibles daños a órganos vecinos de la intervención es inevitable así como posibles reacciones adversas al anestésico

**Radioterapia:** o terapia por radiación es el tratamiento donde se usa altas dosis de radiación para destruir las células cancerígenas y/o reducir los tumores, es importante saber que la radioterapia daña el ADN de la célula maligna provocando daño en estos que ya no pueden replicarse y mueren; la radioterapia no destruye inmediatamente las células cancerígenas, se requiere días, semanas de tratamiento para que después de haber terminado el tratamiento estas células cancerígenas continúen muriendo.

**El tipo de radioterapia** que se va necesitar dependerá de muchos factores:

El tipo de cáncer

El tamaño del tumor

La ubicación del tumor en el cuerpo

Qué tan cerca esté el tumor a tejidos normales sensibles a la radiación

Salud en general y su historial médico si usted tendrá otros tipos de tratamiento contra el cáncer. Otros factores, como su edad y otros padecimientos médicos. La radioterapia se usa para tratar el cáncer y aliviar los síntomas del cáncer. Cuando se usa para tratar el cáncer, la radioterapia puede curar el cáncer, impedir que regrese o detener o hacer más lento su crecimiento. Cuando los tratamientos se usan para aliviar los síntomas, se conocen como tratamientos paliativos. La radiación de haz externo puede reducir el tamaño de los tumores para tratar el dolor y otros problemas causados por el tumor, tales como dificultad para respirar o la falta de control de la vejiga y del intestino. El dolor causado por el cáncer que se ha extendido a los huesos puede ser tratado con medicamentos de radioterapia sistémica llamados radiofármacos.

La radiación no solo destruye o hace lento el crecimiento de las células cancerosas, puede también afectar las células sanas del alrededor. El daño a las células sanas puede causar efectos secundarios.

La radioterapia puede ser cara, usa máquinas complejas e implica los servicios de muchos proveedores médicos. El costo exacto depende del costo de la atención médica, clase de radioterapia que recibe y de cuantas sesiones se utilizar.

**Quimioterapia:** Llamado también quimio, es un tipo de tratamiento que usa fármacos para destruir células cancerígenas. Se usa para el tratamiento o para aliviar los síntomas del cáncer por el efecto de encoger los tumores que causan dolor o incomodidad por su tamaño. La elección de la quimioterapia para el tratamiento dependerá del tipo y estadio del cáncer, de si tiene problemas de salud como diabetes y/o enfermedades cardiacas y si ya tuvo tratamientos con quimioterapia.

Cuando se usa con otros tratamientos tiene por objetivo:

Reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o de radioterapia. Esto se llama **quimioterapia neoadyuvante**.

Destruir las células cancerosas que pueden haber quedado después del tratamiento con cirugía o con radioterapia. Esto se llama **quimioterapia adyuvante**.

Ayudar a otros tratamientos para que funcionen mejor.

Destruir las células cancerosas que han regresado o que se han extendido a otras partes del cuerpo.

**Los efectos secundarios:** La quimioterapia no solo destruye las células cancerígenas, sino también destruye o hace lento el crecimiento de células sanas como son las células que revisten la boca los intestinos o los que hacen que crezca el pelo; causando llagas, náuseas y caída del pelo que van a desaparecer cuando termina las sesiones de la terapia.

El efecto secundario más común es el cansancio y el agotamiento luego de la quimioterapia.

**Vías de administración:** La quimioterapia puede darse de muchas formas los más comunes

**Oral:** La quimioterapia se administra en tabletas, cápsulas o líquidos que se toman.

**Intravenosa** La quimioterapia se administra en una vena.

**Inyección** La quimioterapia se da por una inyección en un músculo de su brazo, de su muslo o cadera, o directamente bajo la piel en la parte grasa de su brazo, de su pierna o vientre.

**Intratecal** La quimioterapia se inyecta en el espacio entre las capas de tejido que cubren el cerebro y la médula espinal

**Intraperitoneal** La quimioterapia va directamente en la cavidad peritoneal, la cual es el área que contiene los órganos como los intestinos, su estómago e hígado.

**Intraarterial** La quimioterapia se inyecta directamente en la arteria que va al cáncer.

**Tópica** La quimioterapia tiene presentación de crema que se aplica a la piel.

El tratamiento puede ser administrado en el hospital, en casa o ambulatoriamente en algún establecimiento de salud del estado o privado, pero igual se debe vigilar los efectos secundarios para poder controlarlos oportunamente.

La quimioterapia se administra en ciclos seguidos de periodos de descanso y dependerá de factores como tipo de cáncer, del objetivo del tratamiento, el tipo de quimioterapia y de cómo reacciona el paciente al tratamiento.

#### **Inmunoterapia:**

Tipos de inmunoterapia:

**Los inhibidores de punto de control**, los cuales son fármacos que ayudan al sistema inmunitario a responder con más fuerza a un tumor. Estos fármacos funcionan al soltar los "frenos" que detienen a las células T (un tipo de glóbulo blanco y componente del sistema inmunitario) para que no destruyan a las células cancerosas. Estos fármacos no atacan al tumor directamente. Más bien, ellos interfieren con la capacidad de las células cancerosas para evadir el ataque del sistema inmunitario.

**Transferencia adoptiva celular**, la cual es un tratamiento que intenta reforzar la capacidad natural de sus células T para combatir el cáncer. En este tratamiento, las células T se toman de su tumor. Luego, las que son más activas contra su cáncer se hacen crecer en lotes grandes en el laboratorio.

El proceso de hacer crecer las células T en el laboratorio se puede llevar de 2 a 8 semanas. Durante este tiempo, usted puede recibir tratamientos como quimioterapia y radioterapia para reducir sus células inmunitarias. Después de estos tratamientos, las células T que se hicieron crecer en el laboratorio se regresarán a su cuerpo por medio de una aguja en su vena.

**Anticuerpos monoclonales**, conocidos también como anticuerpos terapéuticos, los cuales son proteínas del sistema inmunitario creadas en el laboratorio. Estos anticuerpos están diseñados para que se adhieran a blancos específicos que se encuentran en las células cancerosas. Algunos anticuerpos monoclonales marcan a las células cancerosas para que las vea con más facilidad y las destruya el sistema inmunitario. Otros anticuerpos monoclonales detienen directamente el crecimiento de las células cancerosas o las hacen que se destruyan a sí mismas. Otras más entregan toxinas a las células cancerosas. Ya que los anticuerpos monoclonales terapéuticos reconocen proteínas específicas en las células cancerosas, ellas se consideran también terapias dirigidas.

**Vacunas de tratamiento**, las cuales trabajan contra el cáncer al reforzar la reacción de su sistema inmunitario a las células cancerosas. Las vacunas de tratamiento son diferentes de las que ayudan a prevenir enfermedades.

**Tipos de inmunoterapia:** que mejoran la respuesta inmunitaria del cuerpo para combatir el cáncer son:

**Citocinas**, las cuales **son** proteínas producidas por las células de su cuerpo. Tienen funciones importantes en las respuestas inmunitarias normales del cuerpo y en la capacidad del sistema inmunitario para responder al cáncer. Los dos tipos principales de citosinas usadas para tratar el cáncer son los interferones y las interleucinas.

**Bacilo de Calmette-Guérin, BCG**, es una inmunoterapia que se usa para tratar el cáncer de vejiga. Es una forma debilitada de la bacteria que causa la tuberculosis. Cuando se inserta directamente en la vejiga con un catéter, el BCG causa una reacción inmunitaria contra las células **cancerosas**. También se está estudiando en otros tipos de cáncer.

La inmunoterapia no se usa todavía tanto como la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Sin embargo, las inmunoterapias han sido aprobadas para tratar a personas con muchos tipos de cáncer.

Las inmunoterapias **pueden** causar también reacciones alérgicas graves o hasta mortales. Sin embargo, estas reacciones son raras.

Las diferentes formas de inmunoterapia pueden administrarse en formas diferentes. **Estas** son

- **Intravenosa (IV)** La inmunoterapia se administra directamente en una vena.
- **Oral** La inmunoterapia se da en tabletas o cápsulas para tomarse por la boca.
- **Tópica**  
La inmunoterapia tiene presentación de crema que usted aplica a su piel. Este tipo de inmunoterapia puede usarse para cáncer de piel muy al principio.
- **Intravesical**  
La inmunoterapia se administra directamente en la vejiga.  
  
La inmunoterapia se puede recibir en el consultorio del doctor, en una clínica o en la unidad ambulatoria de un hospital, la frecuencia y el tiempo de tratamiento depende de:
  - Su tipo de cáncer y lo avanzado que esté

- El tipo de inmunoterapia que reciba
- Cómo reaccione su cuerpo al tratamiento

Puede ser todos los días, una vez por semana o una vez por mes. Algunas inmunoterapias se dan en ciclos. Un ciclo es un período de tratamiento seguido de un período de descanso. El período de descanso da a su cuerpo la posibilidad de recuperarse, de reaccionar a la inmunoterapia y de producir nuevas células sanas.

Medicina de precisión y terapia dirigida: usa la información sobre genes, proteínas y otras características del cáncer de una persona a fin de determinar el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad.

La terapia dirigida es la base de la medicina de precisión. Se trata de un tipo de tratamiento del cáncer que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas. Al reunir más conocimientos acerca de los cambios celulares que causan el cáncer, los investigadores tienen más posibilidades de crear tratamientos prometedores que actúen sobre estos cambios o que bloqueen sus efectos.

Tipos de terapia dirigida:

Los **medicamentos micromoleculares o de moléculas pequeñas** son capaces de entrar fácilmente en las células debido a su tamaño pequeño y por ello se usan para que actúen sobre el objetivo o blanco del tratamiento que está en el interior de las células.

Los **anticuerpos monoclonales** son medicamentos que no pueden entrar a las células con facilidad. En lugar de actuar en el interior, se unen a blancos específicos que se encuentran en la superficie externa de las células cancerosas.

En algunos tipos de cáncer, la mayoría de los pacientes con ese cáncer tendrán un blanco de tratamiento apropiado para un cierto fármaco; de esa manera, ellos pueden recibir tratamiento con ese medicamento en

particular. Pero, en la mayoría de los casos, el tumor del paciente se deberá analizar para confirmar si contiene blancos para los cuales tenemos medicamentos disponibles.

Para evaluar al tumor y determinar cuáles son los blancos presentes, es posible que usted deba hacerse una biopsia. La biopsia es un procedimiento en el que el médico extrae una parte del tumor para analizarla. Existen algunos riesgos relacionados con las biopsias. Los riesgos varían según el tamaño del tumor y el lugar dónde está ubicado. Su médico le explicará los riesgos de hacerse una biopsia según el tipo de tumor que usted tiene.

La mayoría de las terapias dirigidas ayudan a tratar el cáncer al interferir con las proteínas específicas que promueven el crecimiento y la diseminación de los tumores en el cuerpo. Tratan al cáncer de varias maneras diferentes y pueden hacer lo siguiente:

- **Ayudar al sistema inmunitario a destruir las células cancerosas.** Una de las razones por las cuales las células cancerosas se forman es porque logran esconderse del sistema inmunitario. Ciertas terapias dirigidas pueden marcar a las células cancerosas para que sea más fácil que el sistema inmunitario las encuentre y las destruya. Otras terapias dirigidas ayudan a fortalecer el sistema inmunitario para que funcione mejor contra el cáncer.
- **Detener el crecimiento de las células cancerosas.** Las células sanas del cuerpo generalmente se dividen para crear nuevas células solo cuando reciben señales fuertes para hacerlo. Estas señales se unen a las proteínas en la superficie de las células, indicando a las células que se dividan. Este proceso ayuda a la formación de células nuevas solo cuando el cuerpo las necesita. Pero algunas células cancerosas tienen cambios en las proteínas de su superficie que les indican que deben dividirse aunque no haya señales. Algunas terapias dirigidas interfieren con estas proteínas y así previenen que estas

"digan" a las células que se dividan. Este proceso ayuda a disminuir el crecimiento descontrolado del cáncer.

- **Detener las señales que ayudan a la formación de vasos sanguíneos.** Los tumores necesitan formar nuevos vasos sanguíneos para crecer más allá de determinado tamaño. Estos nuevos vasos sanguíneos se forman en respuesta a las señales que provienen del tumor. Algunas de las terapias dirigidas están diseñadas para interferir con estas señales y prevenir la formación del suministro de sangre. Si no hay suministro de sangre, los tumores se mantienen pequeños. También puede suceder que si el tumor ya tiene suministro de sangre, estos tratamientos pueden causar la muerte de los vasos sanguíneos lo que, a su vez, hace que el tumor se reduzca de tamaño.
- **Llevar sustancias destructoras a las células cancerosas.** Algunos anticuerpos monoclonales se combinan con toxinas, medicamentos de quimioterapia y radiación. Cuando los anticuerpos monoclonales se unen a los blancos en la superficie de las células cancerosas, estas absorben las sustancias destructoras y esto hace que mueran. Las células que no contienen el blanco de tratamiento no sufren daños.
- **Causar la muerte de las células cancerosas.** Las células sanas mueren en forma controlada cuando están dañadas o ya no son necesarias. Pero las células cancerosas tienen formas de evitar este proceso de muerte celular. Algunas terapias dirigidas pueden hacer que las células cancerosas pasen por el proceso de muerte celular.
- **Evitar que el cáncer reciba las hormonas que necesita para crecer.** Algunos de los cánceres de seno (mama) y próstata necesitan de ciertas hormonas para crecer. Los tratamientos con hormonas son un tipo de terapia dirigida que funciona de dos maneras. Algunas terapias con hormonas previenen que el cuerpo produzca hormonas específicas. Otras previenen que las hormonas actúen sobre las células, incluidas las células cancerosas.

**Desventajas:**

- Las células cancerosas pueden volverse resistentes a los medicamentos. Por esta razón, las terapias dirigidas pueden tener mejor resultado cuando se usan junto con otras terapias dirigidas o con otros tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia y la radiación.
- Existen algunos blancos para los cuales es difícil crear un medicamento. La dificultad se debe a la estructura del blanco de tratamiento, la función que cumple el blanco en la célula, o ambas cosas.

Efectos secundarios: La terapia dirigida también puede causar efectos secundarios. Los efectos secundarios que usted puede tener dependen de la terapia dirigida que haya recibido y de cómo reacciona su cuerpo al tratamiento. Los efectos secundarios más comunes de la terapia dirigida son, por ejemplo, diarreas y problemas en el hígado. Otros efectos secundarios pueden incluir problemas de coagulación de la sangre y cicatrización de heridas, presión arterial alta, fatiga, llagas en la boca, cambios en las uñas, pérdida de color del cabello y problemas en la piel. Los problemas en la piel pueden incluir erupciones o piel reseca. En muy pocas ocasiones, se forma una perforación en la pared del esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar.

Hay medicamentos para combatir muchos de estos efectos secundarios. Estos medicamentos pueden prevenir los efectos secundarios o servir de tratamiento cuando ocurren.

La mayoría de los efectos secundarios de la terapia dirigida desaparecen cuando termina el tratamiento.

Debido a los exámenes de evaluación que deben hacerse para encontrar los blancos de tratamiento en el tumor del paciente, es posible que haya riesgos que afecten la privacidad de su información personal. La

privacidad de toda la información que se encuentre en estos exámenes está protegida por la ley. Pero existe un leve riesgo de que la información genética o de otro tipo que esté en su expediente médico sea obtenida por personas que no pertenezcan al equipo médico.

Los medicamentos de molécula pequeña son píldoras o cápsulas que se pueden tomar por la boca.

Los anticuerpos monoclonales en general se reciben en las venas por medio de una aguja.

El lugar donde recibirá el tratamiento depende de cuáles son los medicamentos que le indicaron y por qué vía se los darán. Es posible que reciba la terapia dirigida en casa. O que deba ir a un consultorio, a una clínica o a la unidad de atención ambulatoria de un hospital. La atención es ambulatoria cuando usted va al hospital, pero no necesita pasar la noche allí.

Cada cuánto y por cuánto tiempo recibirá la terapia dirigida depende de lo siguiente:

- Su tipo de cáncer y lo avanzado que esté
- El tipo de terapia dirigida
- Cómo reacciona su cuerpo al tratamiento

Es posible que reciba tratamiento todos los días, una vez por semana o una vez por mes. Algunas terapias dirigidas se dan en ciclos. Un ciclo es un período de tratamiento seguido de un período de descanso. El período de descanso da al cuerpo la oportunidad de recuperarse y de producir nuevas células sanas.

La terapia dirigida afecta a las personas de manera diferente. La forma en que se sentirá con el tratamiento depende de su estado de salud antes de empezar, del tipo de cáncer que usted tiene, del avance de la enfermedad, de la clase de terapia dirigida que le hayan indicado y de la

dosis del medicamento. Los médicos y el personal de enfermería no tienen forma de saber con seguridad cómo se va a sentir durante el tratamiento..

Terapia Hormonal: Es un tratamiento del cáncer que hace lento o detiene el crecimiento del cáncer usando hormonas, se usa para tratar el cáncer o para aliviar los síntomas del cáncer

La terapia hormonal se usa para tratar cánceres de próstata y de seno (mamas) su empleo depende como en los otros tipos de tratamiento del tipo de cáncer, del estadio y los problemas de salud que padezca el paciente, además es necesario afirmar que la terapia hormonal se usa con otros tratamientos sea como neo adyuvante o adyuvante o concomitante. Como bloquea la capacidad de su cuerpo para producir hormonas o interfiere con la forma como se comportan las hormonas, puede causar efectos secundarios indeseados que dependen del tipo de terapia hormonal que reciba y de cómo reacciona su cuerpo a eso. La gente responde de diferente manera al mismo tratamiento, por lo que no todos padecen los mismos efectos secundarios. Algunos efectos secundarios difieren también si usted es un hombre o una mujer.

Algunos efectos secundarios comunes en los hombres que reciben terapia hormonal para el cáncer de próstata son:

- Sofocos
- Falta de interés en el sexo o incapacidad para tenerlo
- Debilidad en los huesos
- Diarrea
- Náuseas
- Senos agrandados o sensibles
- Fatiga

Algunos efectos secundarios comunes en las mujeres que reciben terapia hormonal para el cáncer de seno son:

- Sofocos
- Sequedad vaginal
- Cambios en los períodos de mujeres que no han llegado a la menopausia
- Falta de interés en el sexo
- Náuseas
- Cambios de ánimo
- Fatiga

El costo de la terapia dependerá de

- Los tipos de terapia hormonal que recibe usted
- Por cuánto tiempo y con qué frecuencia recibe usted la terapia hormonal
- La parte del país en donde vive usted.

La terapia hormonal puede darse de muchas formas. Algunas formas comunes son:

- **Oral**

La terapia hormonal se administra en tabletas que se toman por la boca.

- **Inyección**

La terapia hormonal se da por una inyección en un músculo de su brazo, de su muslo o cadera, o directamente bajo la piel en la parte grasa de su brazo, de su pierna o de su vientre.

- **Cirugía**

Usted puede tener cirugía para extirpar los órganos que producen hormonas. En las mujeres, se extirpan los ovarios. En los hombres, se extirpan los testículos.

La terapia hormonal afecta a las personas de manera diferente. Cómo se sentirá usted depende del tipo de cáncer que tiene, de lo avanzado del cáncer, de la clase de terapia hormonal que recibe y de la dosis. Sus doctores y enfermeras no tienen forma de saber con seguridad cómo se va a sentir durante la terapia hormonal.

Si usted tiene terapia hormonal para cáncer de próstata, le harán pruebas regulares del PSA. Si la terapia hormonal está funcionando, las concentraciones de su PSA se mantendrán sin cambio o hasta pueden disminuir. Pero, si sus concentraciones de PSA suben, esto puede ser una señal de que el tratamiento ya no está funcionando. Si esto sucediera, su doctor hablará con usted sobre las opciones de tratamiento.

Si está tomando terapia hormonal para cáncer de seno, usted tendrá exámenes regulares. Los exámenes de control consisten generalmente en un examen del cuello, de las axilas, del pecho y de las zonas de los senos. Usted tendrá mamografías regulares, aunque probablemente no necesite mamografías de un seno reconstruido. Su doctor puede ordenar también otros procedimientos con imágenes o análisis de laboratorio.

La terapia hormonal para cáncer de próstata puede causar aumento de peso. Hable con su doctor, con su enfermera o con un dietista si el aumento de peso se convierte en un problema para usted.

La terapia hormonal no deberá interferir con su capacidad para trabajar.

Trasplante de células madre: Son procedimientos que restauran las células madre que forman la sangre en individuos cuyas células madre fueron destruidas por dosis elevada de tratamientos como quimio o radioterapia

Las células madre que forman la sangre son células que crecen como tipos diferentes de glóbulos de la sangre. Los principales tipos de glóbulos son:

- Glóbulos blancos, los cuales forman parte del sistema inmunitario y ayudan a su cuerpo a combatir las infecciones.
- Glóbulos rojos, los cuales llevan el oxígeno a todo el cuerpo.
- Plaquetas, las cuales ayudan para que coagule la sangre.

Se necesitan los tres tipos de glóbulos para estar sanos.

### Tipos de trasplantes de células madres

Los trasplantes pueden ser:

- Autólogos, lo que significa que las células madre provienen de usted, el paciente.
- Singénicos, lo que significa que las células madre provienen de su gemelo idéntico, si usted tiene uno.
- Alogénicos, lo que significa que las células madre provienen de otra persona. El donante puede ser un pariente consanguíneo pero puede ser también alguien sin parentesco.

Los trasplantes de células madre son procedimientos complicados muy caros, el proceso empieza con tratamiento de dosis elevadas de quimioterapia, de radioterapia, o una combinación de las dos. Este tratamiento dura una semana o dos. Este proceso es como recibir una transfusión de sangre. El proceso de recibir todas las células madre dura de 1 a 5 horas. Los trasplantes afectan a los individuos de diferentes formas depende de:

- El tipo de trasplante.
- Las dosis de tratamiento que haya tenido antes del trasplante
- Cómo reaccione a tratamientos de dosis elevadas
- Tipo de cáncer
- Estadio del cáncer

- Estado de salud antes del trasplante

**i) Rol de enfermería en el cuidado del paciente con cáncer:**

La enfermera debe “hablar, orientar y educar “al paciente y a la familia destacan desde el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN).

La Licenciada Gloria Bogarín, Enfermera Jefe del Departamento de Oncología Radiante del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN), retrata el trabajo de enfermería en esta modalidad de tratamiento del cáncer cuyo objetivo es modificar al tumor con radiación y puede ser empleada para el alivio del dolor y el control de hemorragias.

“El servicio de enfermería en radioterapia se basa en la atención integral al paciente. Consideramos que aquí tenemos la parte más difícil del tratamiento porque trabajamos con equipamiento de alta gama. A enfermería le toca hacer mucho en la parte humana: hablar, orientar y educar al paciente y al familiar. Tenemos diferentes grupos etarios de pacientes: niños adolescentes, adultos, ancianos y a cada uno le hablamos y guiamos en un lenguaje distinto, acorde a su edad”, describe la Bogarín, quien coordina a un equipo de cuatro enfermeras y un enfermero bajo la conducción del Médico Jefe, Doctor Aldo Torres.

*“Hacemos también la asistencia de enfermería en consultorio con el médico para que el paciente salga satisfecho de su consulta. Les clarificamos conceptos que no hayan entendido, porque la terminología que rodea a la radioterapia es un poco difícil. Por ejemplo: aquí hablamos de ‘sesiones de tratamiento’ y cuando el paciente va a quimioterapia se le habla de ‘ciclos de tratamiento’. Esto generalmente les crea confusión. Entonces aclaramos los pasos a seguir”, refiere.*

La radioterapia se aplica a tumores en cualquier parte del cuerpo. Las más comunes son en pelvis por cáncer de cuello uterino –donde también se aplica la braquiterapia de alta dosis-, dolencias como cáncer de mama, cabeza y cuello, tumores en piernas ... La radioterapia también funciona para parar hemorragias; como antalgia, para calmar el dolor; con los síndromes mediastinales, que son urgencias y los pacientes tienen que ser tratados precozmente.

A las enfermeras también les toca acompañar al paciente a lo largo de sus sesiones. *“Les vemos con una frecuencia de mes a mes y medio. Actualmente, está tercerizado con un servicio privado. Y en este contexto, hacemos la asistencia para el traslado. La enfermera recibe aquí al paciente, hace su control, su profilaxis para ver cómo se siente, porque la radioterapia no genera efectos colaterales pero la quimioterapia si lo hace. Luego el médico radioterapeuta le controla los signos vitales y se lo lleva al bus para su traslado al servicio privado. Eso mientras dure este periodo de adaptación de nuestro nuevo acelerador lineal. Funciona pero todavía no en un cien por ciento”,* relata.

En la braquiterapia, la enfermera es la que asiste al paciente desde el ingreso –control de signos vitales, verificar si la paciente ha sido operada o no y preparar la mesa con asepsia y antisepsia; una enfermera queda afuera del bunker (habitación blindada) y la enfermera que trabaja adentro está protegida con bota, gorro, tapabocas, guante; al momento de la aplicación sale y observa desde el monitor hasta que termine la dosis que dura unos minutos. Luego, acompaña el egreso del paciente del bunker.

Los avances tan importantes que se están produciendo en los últimos años en el estudio y tratamiento del cáncer están consiguiendo que cada día se curen más pacientes y que se prolongue la supervivencia de los que no consiguen la curación total. Por eso se están produciendo cambios muy rápidos en el perfil clínico del paciente, y tanto en los aspectos terapéuticos como asistenciales. Uno de los aspectos más importantes que pueden conseguir optimizar el tratamiento del paciente (tanto por su eficacia como por su impacto mínimo en la calidad de vida) es la realización de una historia clínica única confeccionada según un protocolo consensuado por todos los especialistas que forman parte de los comités de tumores. Si es posible disponer de sistemas informáticos que permitan a cada médico revisar y modificar la historia clínica en tiempo real tanto mejor, dado que el paciente será atendido siempre con toda su información clínica a la vista, sin retrasos ni duplicación de las pruebas diagnósticas. Los pacientes diagnosticados de cáncer deben

tener acceso a una atención oncológica de calidad, definida según los siguientes parámetros:

- Atención sanitaria continuada y coordinada, con un médico especialista responsable.
- Atención multidisciplinar, con la participación de cada especialidad.
- Equidad de acceso a los recursos diagnósticos y terapéuticos.
- Integración del apoyo psicosocial en el plan terapéutico si es preciso.
- Ajuste de protocolos existentes para los problemas y tratamientos más frecuentes.
- Integración de la rehabilitación y de la reinserción socio laboral en el proceso asistencial.
- Atención integral durante todo el curso de la enfermedad.
- Capacidad de evaluar y explicar a la sociedad los resultados clínicos observados.
- Coste aceptable para la sociedad de todo el proceso asistencial

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) La enfermera en caso de atender a los pacientes de cáncer se caracteriza por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses.

Es frecuente que las familias cuidadoras de enfermos terminales soliciten ayuda para evitar o retrasar lo más posible la hospitalización de su familiar. Esto está bien justificado según ciertos análisis científicos que informan de un mejor estado de calidad de vida en los pacientes que consiguen permanecer en sus domicilios más tiempo. Por otra parte, existen pocas unidades de Cuidados Paliativos todavía en España, por lo

que estos enfermos pueden ser ingresados en unidades de Medicina Interna insuficientemente preparadas para ofrecer una atención adecuada. Es importante, por tanto, el control de los síntomas del paciente terminal en su propio domicilio, donde el soporte emocional y la comunicación son más fáciles. La mayoría de los trastornos que aparecen en los pacientes terminales se pueden prevenir o paliar siguiendo recomendaciones sencillas o tratamientos básicos que pueden ser suministrados por los familiares o cuidadores de los enfermos. Esto no es óbice para que ciertos síntomas importantes (como por ejemplo los síndromes de compresión medular o de la vena cava superior) o la confluencia de varios de ellos obliguen al ingreso del paciente para que reciba una atención constante y especializada. Los síntomas más frecuentes que sufre un paciente oncológico son:

- Dolor: Se aconseja tratarlo en tres etapas, primero los analgésicos periféricos no opioides, después los débiles y por último analgésicos potentes.
- Disnea /Tos: Si aparece una crisis de disnea (falta de aliento) será muy importante la compañía tranquilizadora y las técnicas de relajación, porque es un síntoma que causa mucha angustia en el enfermo. Su médico le informará sobre si el tratamiento Farmacológico puede ayudar.
- Cuidado bucal: Favorece mucho el confort del paciente y se puede conseguir con una buena hidratación, cepillado dental o de la prótesis tras cada comida, una dieta rica en frutas y verduras y enjuagados con soluciones desbridantes y/o antisépticas
- Cuidado de la piel: En pacientes encamados es muy importante la higiene y la hidratación de la piel, el cambio frecuente en la postura y masajes que faciliten la circulación; todo ello acompañado de una dieta rica en proteínas, carbohidratos y vitamina C.
- Náuseas/Vómitos: Aparecen en la mayoría de los pacientes y es importante intentar comprobar si existe un desencadenante único. Inicialmente se pueden tratar con antieméticos orales.

- Estreñimiento/Diarrea: También aparecen frecuentemente y se pueden relacionar con carencia de fibra en la dieta o efectos secundarios de tratamientos oncológicos. El uso inadecuado de laxantes, por exceso o por defecto, también puede ser responsable de un descenso en la calidad de vida del paciente por estos trastornos.
- Anorexia /Caquexia: El 80% de los pacientes con cáncer sufre desnutrición severa. La nutrición intensiva está recomendada cuando se conoce el motivo de la pérdida de peso o se requiere mejorar el estado de salud global del paciente para someterle a una intervención. Forzar la alimentación no está directamente relacionado con una mayor supervivencia o calidad de vida.
- Síntomas psicológicos: Solo deben ser tratados cuando superan el umbral que diferencia el proceso de adaptación a la enfermedad del estado psicopatológico. La depresión, la ansiedad y la confusión son los síntomas más frecuentes. (19)

Otro aspecto importante en el cuidado de la enfermera durante la estadía en el hospital, es la preparación del paciente ya los familiares para cuidados que van a tener en casa para estas complicaciones explicadas, así como para las preparaciones del paciente para continuar recibiendo los diferentes tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, cirugía, etc. donde no es rutinario sino por los cuidados especiales que es necesario tomar en cuenta desde el hogar.

#### **j) Rol de los familiares en el cuidado del pacientes con cáncer en el hogar**

Indudable que la familia influye mucho en la salud y en la enfermedad porque cumple un papel preponderante en la continuidad del tratamiento y en la recuperación del paciente con cáncer y si estamos frente a un cáncer terminal brindar una calidad de vida con lo que insumos que cuentan en el hogar. Entender que si bien es cierto que los pronósticos son diferentes para cada paciente; los familiares tienen que afrontar como ellos la enfermedad y asimilarlo para ayudarlo a continuar con sus actividades rutinarias en lo posible explotando su estado en la que se

encuentra. Desde cuando el paciente va a necesitar dejar su estadía en el hospital ó se conoce que la enfermedad necesita de un tratamiento ambulatorio la enfermera debe preparar a los familiares con información verídica y sencilla de aspectos que debe conocer los cuidados en el hogar con el paciente con cáncer para incrementar de afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos. Las funciones que tiene la familia en relación a sus miembros es muy importante, ya que uno de los temores que con mayor frecuencia sufren los pacientes con cáncer y los familiares es el temor de morir ya que para la gran mayoría hablar de cáncer es sinónimo de muerte, influye en cada uno de los integrante modificando su quehacer diario, es un cambio de rutina porque la familia es un sistema, un conjunto donde cada uno tienen funciones y roles diferente entonces las reacciones esperadas tienen diferentes asentimientos. Entre los cuidados que debe tener el familiar con el paciente tenemos:

✓ **Cuidados del Aspecto Físico.**

**Comodidad y Confort:** los enseres que va utilizar el paciente debe ser de fácil acceso y sobre todo la cama o lugar de descanso con materiales suaves y cómodos.

**Vestimenta:** La principal función de la vestimenta es cubrir el cuerpo para protegerlo de aspectos climáticos o naturales adversos y no está por demás decir que también manifiesta ciertos parámetros sociales, púdicos, moda, comodidad que configura la verdadera función de las prendas.

En los pacientes con cáncer va a depender del tipo de cáncer que padece el paciente porque fundamentalmente va servir de barrera para la invasión de microorganismos protegiendo en primer orden a la piel para lo cual este debe mantenerse libre de secreciones, brindar comodidad al usar pero jamás debemos imponer nuevos estilos por la enfermedad, el paciente debe conservar su forma de vestir, solo cuidando de la limpieza y comodidad al vestir.

**Alimentación:** La alimentación no es solo una fuente de nutrientes, sino tiene un importante significado personal, social, cultural y como símbolo

de salud y placer, es uno de los motivos más frecuentes de preocupación y sufrimiento en los pacientes y sus familiares.

En las comunidades se ha escuchado decir “Enfermo que come no muere” el cual se traduce en que la comida es uno de los medios que la familia tiene para expresar afecto al ser querido y uno de los instrumentos a través del cual se sienten útiles en el cuidado del paciente en resumen paciente que come es signo de buen pronóstico.

La anorexia o pérdida de apetito es común en los pacientes con cáncer, tienden a rechazar los alimentos sea por su sabor, olor o porque es cuesta masticar y tragar o simplemente por la falta de apetito, cansancio y dificultad para digerirlos por las complicaciones que van a ir apareciendo durante el tratamiento por lo que será muy prioritario mantener la boca limpio e hidratado. .

Por todo lo expuesto es importante no forzar al enfermo a comer más de lo que apetece porque puede generar malestar y ansiedad en él provocando náuseas y vómitos e incluso sentimientos de culpa será importante ofrecerle alimentos preferidos por el paciente

Asimismo es importante controlar los síntomas más comunes que afectan a la alimentación como la xerostomía, vómitos, diarrea y estreñimiento.

- **Higiene Corporal:** Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente con el objetivo de disminuir el riesgo de proliferación de microorganismos y dañar la integridad de la piel que por el mismo padecimiento y/o tratamiento que viene recibiendo se encuentra debilitado y frágil.

En el hogar es prioritario continuar con el baño diario, lavarse y secarse bien zona donde se produce mayormente el sudor, lavarse bien las manos después de ir al baño y antes de comer, evita rasguños y cortes, corte de uñas de las manos y los pies, cepillado o enjague de la cavidad local utilizando para ello; jabón y champú sin perfume, aceite de baño

suave para mantener la piel suave y flexible, cepillos especiales o enjuagatorios especiales que minimicen los daños en la piel y/o mucosa.

Todas estas actividades deben ser realizadas en lo posible por el paciente mientras no se considere dependiente esto ayudará a que mantenga su autoestima intacta.

**Realización de ejercicios y actividades recreativas:** Las bondades de la actividad física como uno de los aliados en la salud incluye la prevención en la aparición o desarrollo de tumores, y mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer ya diagnosticados y los ayuda a recuperarse mejor.

Prescribir ejercicio físico a los pacientes con cáncer, durante y después del tratamiento, ayuda a mejorar su calidad de vida y sus parámetros analíticos, a olvidar el dolor y a reducir el impacto de la patología y de los efectos secundarios de la medicación. El ejercicio no sólo es prevención, sino tratamiento. “Puede ayudar muchísimo al paciente con cáncer.

El deporte ayuda a la reconciliación con el propio cuerpo y es el mejor tratamiento de la astenia tumoral. Además, produce que el enfermo tenga que confiar en su propio cuerpo, reencuentre sensaciones diferentes al dolor, lo pase bien, venza el cansancio, aumente la funcionalidad y la capacidad cardiorrespiratoria, y mejore su sistema inmunitario.

Si se trata de un paciente con un caso avanzado de cáncer y con un estado de salud más deteriorado, es suficiente con “salir a la calle a pasear”.

La actividad física en un paciente con cáncer diagnosticado, siempre que cuente con el aval y seguimiento de su médico, no sólo lo ayuda a sentirse mejor, sino que también “puede aliviar la fatiga que provocan los tratamientos contra el cáncer en un 70 por ciento de los pacientes”, según puntualizó Margarita Pérez Ruiz, profesora de Fisiología del Ejercicio de la Universidad Europea de Madrid.

El sedentarismo y la obesidad están “implicados en un elevado porcentaje de tumores”; sólo el tabaquismo se ubica un peldaño más arriba en la lista de factores ambientales dañinos y desencadenantes de cáncer.

El ejercicio es una poderosa medicina, y beneficia al sistema muscular, aumenta la capacidad cardiorrespiratoria, reduce las náuseas y vómitos de la quimioterapia, reduce los efectos secundarios de algunas terapias sobre el corazón y la médula ósea. Pero hay que dosificarlo bien y adaptar su intensidad a cada paciente y a la evolución de la enfermedad.

La actividad física, asimismo, puede tener repercusiones favorables sobre la calidad del sueño, y ayuda a contrarrestar el insomnio que padecen muchos enfermos de cáncer.

A medida que los músculos y las articulaciones están más fuertes, y la resistencia mejora, las tareas diarias serán más fáciles. Si el tratamiento ha provocado pérdida de masa muscular, el ejercicio ayudará a recobrar algo de la fuerza que se perdió.

Algunas personas a partir de realizar actividad física, han reducido los niveles de estrés, ansiedad y depresión. El ejercicio además les ayuda a sentirse mejor, más confiados y realizan el tratamiento con mayor entereza.

Previene la formación de coágulos. Un individuo con metástasis ósea o con pérdida de masa ósea no debe tener actividades de mucho contacto. Algo similar sucede con un enfermo que tenga bajo conteo de glóbulos rojos o con un agravamiento de los síntomas.

El ejercicio como rehabilitación, no ha sido estandarizado hasta el momento, ni la información sobre el tipo de programas de ejercicio, la dosis-respuesta, y las consecuencias a largo plazo del acondicionamiento físico en personas diagnosticadas con cáncer

Para poder planificar programas de ejercicios físicos y establecerlos como protocolos, debemos responsabilizarnos en conocer la enfermedad, pero sobre todo en el ser humano, en las actividades que más le gusten y las que mayor satisfacción le causen.

Los ejercicios serán realizados en 3 posiciones metodológicas:

- Acostadas
- Sentadas
- Paradas
- Los ejercicios se ejecutarán con y sin implementos y de manera estática (en el lugar) y dinámica (en movimiento).**(100)**

**Vivienda:** Tener una vivienda digna es un derecho, no contar con ello no contar con ello atenta contra la salud física mental y social de los que viven en ella limitando la posibilidad de tener una mejor calidad de vida. La característica principal que debe tener en todos los casos y con mayor rigurosidad es que debe ser ventilado e iluminado para favorecer al paciente con cáncer porque le va permitir que interactue con el medio ambiente. También debe existir un ambiente social favorable como buenas relaciones, respeto, comunicación buen trato.

✓ **Apoyo psicosocial:**

**Brindar afecto:** Claudia Rodríguez Acosta, psicoanalista experta en el tema, nos da algunos consejos, “A pesar de tener claros los límites de nuestro cuerpo, saber que se tiene cáncer es un shock no solo para el afectado, sino para su familia, y muchas veces esta situación en lugar de generar un estado de lucha y esperanza, provoca lo contrario, como si la batalla estuviera perdida de inicio”, concepto muy difícil de aceptar para los que hemos tenido un familia con este mal.

La enfermedad tendrá un impacto en la dinámica familiar, las funciones se reorganizarán y probablemente alguien se tenga que hacer cargo de responsabilidades que eran del paciente. Especialmente cuando se trata

de quien, habitualmente, hace las labores del hogar o se encarga del sostén económico.

“El paciente necesita personas que lo acompañen, lo contengan, le den esperanzas, pero que también hagan las funciones que él o ella no pueden hacer, por ejemplo, hacer labores de la casa, cuidar a los hijos, ir por ellos a la escuela, etcétera”, indica Rodríguez. Si se brinda este apoyo a pacientes con cáncer, los lazos afectivos se podrán reforzar. Como pintar, escribir, leer o estar en un entorno tranquilo le podrán ayudar a externar sus emociones. Es importante que el paciente no se sienta culpable y que se enfoque en su recuperación.

**Conversar con el paciente:** El conversar con nuestro familiar que tiene cáncer ayudará a que se sienta seguro cuidado y sobre todo comprendido en su dolor.

La mejor manera para que la familia pueda entender los sentimientos y pensamientos de los pacientes es que aprenda a entender los sentimientos que presenta ante el diagnóstico dado.

Unos de los puntos que se deben tener en cuenta son:

Tener un vocabulario suave y comprensivo: Las personas con cáncer están sensibles y a la defensiva por el diagnóstico recibido, no olvidemos que en la mayoría de casos el cáncer es sinónimo de muerte; por lo que el tono de voz debe ser lo más suave de preferencia se debe dialogar en un lugar agradable, tranquilo sin que presente interrupciones durante el diálogo. En resumen será importante tomar en cuenta estos detalles:

- Demostrarle que estás ahí y que pueda contar contigo
- Procura no importunar. Llama siempre antes de hacer una visita. Se comprensivo si el paciente no puede atenderte
- No descuides el contacto físico. Saluda y despídete con una caricia o beso

- A veces son preferible visitas y llamadas breves y frecuentes en lugar de largas y esporádicas
- En las visitas, si hay más personas presentes no olvides hacerle partícipe de las conversaciones y sacar temas positivos y diferentes a la enfermedad que sean de su enfermedad
- Ayúdele a mantener un papel activo en la relación: Pídele consejo, opinión, hazle preguntas
- No le mientas .Es mejor no decir nada a decir que tiene buen aspecto si no lo tiene
- Dale permiso para sentirse triste, negativo o para estar en silencio si lo desea si llora no interrumpas su llanto
- No le presiones para que lucha contra la enfermedad si no se siente con fuerzas
- Procure no agobiar con consejos médicos, opiniones personales sobre alimentación, otros casos de cáncer que conozcas.
- Ofrécele para ayudar al paciente y la familia con los recados o resolviendo cuestiones de práctica (12).
- Realización de actividades del hogar:
- Favorecer las relaciones Interpersonales
- ✓ **Cuidado en su control terapéutico:**

**Administración de medicamentos, dosis completa y en su horario establecido:** Los fármacos empleados para el cáncer, de tratamiento en el hogar, por lo general es del tratamiento por vía oral y que su mayor cuidado consiste en administrar en horario dosis correcta por su alto poder de toxicidad y que requiere un manejo adecuado por el riesgo de daño en la familia y en el paciente en caso de no ser manejado adecuadamente.

Así mismo su esquema es planificado por el especialista de acuerdo a aspectos de la enfermedad y del paciente, lo que significa que el manejo

adecuado en su administración significa que estamos ayudando en la lucha contra la enfermedad.

✓ **Cuidado durante las crisis de dolor:**

El dolor en el paciente oncológico es un problema que involucra a la familia, médico, enfermera autoridades dado a que en alguna medida todos sufren si no se maneja adecuadamente.

Para el paciente, significa el deterioro de su calidad de vida; interfiere en su actividad, disminuye su apetito, altera el sueño, el estado de ánimo y conlleva a la pérdida de su autocontrol. Mayormente los cuadros de dolor se controlan con medicación por vía oral, pocas veces es necesario el tratamiento parenteral, salvo en caso de pacientes terminales.

Por lo referido, las personas que conviven con el paciente deben estar familiarizados con cada uno de ellos y conocer del momento preciso de su administración toda vez que muchos de ellos viven en zonas distantes a un establecimiento de salud, y de no poder manejarlo trasladar lo más pronto posible a un establecimiento de salud para manejar con indicación médica y disminuir el padecimiento que muchas veces es innecesario.

## **ACTITUD**

### **a) Definición:**

“Una actitud es una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante un referente o un objeto cognoscitivo. Es una estructura estable de creencias que predispone al individuo a comportarse selectivamente ante referentes actitudinales. El referente es una categoría, una clase o un conjunto de fenómenos: objetos físicos, acontecimientos, conductas e incluso construcciones hipotéticas. Las personas tienen actitudes hacia muchas cosas: grupos étnicos, institucionales, religiones, prácticas y cuestiones educativas, propiedad privada” (26)

A pesar de muchas interpretaciones del significado de actitud, nosotros la definimos como: una predisposición relativamente permanente a responder a un objeto y no a la conducta efectiva hacia él.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

## **b) Componentes de la Actitud**

**Rodríguez** distingue tres componentes de las actitudes:

- **Componente cognoscitivo:** es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación.

- **Componente afectivo:** Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, estos pueden ser positivos o negativos.
- **Componente conductual:** Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

### c) Medición de Actitud

La forma de medición más común de la actitud es la escala, generalmente se usa la escala tipo Likert que está compuesta por un conjunto de afirmaciones o proposiciones ante las cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir, se presenta cada afirmación y se inquiere al entrevistado que externalice su reacción, eligiendo uno de los puntos de la escala.

### 2.3 Definiciones de términos básicos

- a) **Cáncer:** Crecimiento incontrolado de células anormales en cualquier parte del cuerpo.
- b) **Familia:** Es un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos.
- c) **Actitud:** Son las formas como vemos y afrontamos la vida.
- d) **Cuidado:** es la acción de cuidar, preservar, guardar, conservar, asistir.
- e) **Integral:** adjetivo que significa el total o el global.

- f) Paciente: Término utilizado para nombrar a la persona que padece física, mentalmente y que por lo tanto requiere de una atención médica.
- g) Oncológico: Especialidad médico que estudia y trata neoplasias, tumores benignos y malignos.

## **CAPÍTULO III**

# **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Hipótesis**

En el presente trabajo no se plantea la hipótesis por tratarse de una investigación descriptiva simple.

**3.2 Operacionalización de variables:**

Variable de Estudio	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems de los instrumentos	Escala de Medición
Actitud	ACTITUD: Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o aun aspecto particular de esta	Es la predisposición Muy favorable, favorable o desfavorable que tienen los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en sus dimensiones de necesidades básicas dimensión psicosocial, tratamiento farmacológico y cuidado durante las crisis de dolor que será evaluada a través de la escala tipo Lickert.	Aspecto físico	Comodidad y Confort	8. La cama del paciente debe ser de consistencia blanda y de fácil acceso .	Muy Favorable Favorable Desfavorable
				-Alimentación	14. Es conveniente que el paciente oncológico reciba una alimentación saludable y balanceada	
				-Drogas y sustancias	16. Consumir de vez en cuando alcohol o tabaco afecta en la salud del paciente oncológico .	
				-Higiene corporal	12. El paciente debe mantenerse limpio todos los días.	
				-Vestimenta	11. Es importante que el paciente mantenga una vestimenta limpia y cómoda.	
				-Actividad física y recreativa	10. Es beneficioso para el paciente que realice actividades físicas y recreativas	
				-Vivienda	15. Demanda tiempo mantener el orden y la limpieza en el cuarto del paciente 20. Es importante que el cuarto del paciente oncológico sea iluminado y ventilado .	
			Aspecto Psicosocial	-Seguridad para el paciente	9. Es importante mantener la calma cuando se conversa con el paciente.	
					13. Brindar afecto ayuda a la recuperación de la salud del paciente oncológico .	
					18. Es importante saber escuchar sus necesidades de paciente	
					17. Se debe mantener la calma cuando el paciente presenta su crisis de dolor.	
			Relaciones Interpersonales	1. El paciente oncológico debe participar en los quehaceres del hogar		
				2. El paciente oncológico debe permanecer en cama siempre		
			Tratamiento Farmacológico	Administración de fármacos .	3. Es importante que el paciente reciba puntualmente los medicamentos prescritos para el hogar.	
				Asistencia a citas programadas	4. Es importante que el paciente acuda puntualmente a las citas programadas 7. Es importante que el paciente acuda a las citas programadas en compañía de un familiar.	
Crisis de dolor	Alivio del dolor	5. Todo paciente Oncológico debe tener en el hogar los analgésicos según indicación médica. 19. Colocar en una posición adecuada alivia el dolor.				

# CAPÍTULO IV

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

#### 4.1.1 Tipo de Investigación

Investigación descriptiva simple: el investigador busca y recoge información relacionada con el objetivo de estudio, no presentándose la administración o control de un tratamiento, en caso de nuestro estudio se tomó en cuenta la actitud de los familiares en cuanto a la atención integral del paciente oncológico en el hogar donde el recojo de la información fue prospectivo en forma transversal.

#### 4.1.2 Diseño de la Investigación

Diseño no experimental

Descriptivo transversal

**M**  $\Rightarrow$  **O**

**M:** Familiares del paciente con cáncer

**O:** Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico

## **4.2. Población y Muestra**

### **4.2.1 Población**

El trabajo de investigación se ejecutó con 30 personas, con los familiares de 10 pacientes; 3 por cada paciente diagnosticados en el periodo de enero a septiembre del 2018 que tuvieron como máximo 1 mes de enfermedad diagnosticado, constituido por familiares directos de los pacientes (padres, conyugues, hijos y otros) del distrito de Palca y anexos.

### **4.2.2 Muestra de Estudio:**

La muestra fue poblacional, no probabilísticos porque estuvo constituido por el 100% de los familiares elegidos para el estudio.

#### **• Criterios de inclusión**

Familiares directos mayores de 18 años.

Familiares que viven con el paciente

## **4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

### **4.3.1 Técnica**

Para la recolección de la información y medir la actitud de los familiares de los pacientes con cáncer se utilizó como técnica la encuesta ya que se recopiló los datos mediante un cuestionario previamente elaborado sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información.

### **4.3.2 Instrumentos**

El instrumento que se utilizó en la investigación fue la Escala de Likert que es una herramienta de medición donde se planteó afirmaciones en base el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar con respuestas de “siempre, a veces, nunca” respuestas que nos permitió medir la actitud de los familiares.

La base para este instrumento fue tomada del estudio de investigación “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente Esquizofrénico en el hogar hospital HVLH, 2017” de **Nolasco V. Milagros J.** que al tener variación en las afirmaciones el instrumento se validó con juicio de expertos, obteniendo un valor de confiabilidad de 0.05 y conocer el grado de conformidad del encuestado con la afirmación que le proponíamos.

#### **4.4 Análisis y procesamiento de datos**

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

**Seriación:** Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

**Codificación:** Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

**Tabulación:** Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y con indicadores de frecuencia y porcentaje.

**Graficación:** Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra,

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formuló las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

# CAPÍTULO V

## RESULTADOS

### 5.1. Descripción de resultados

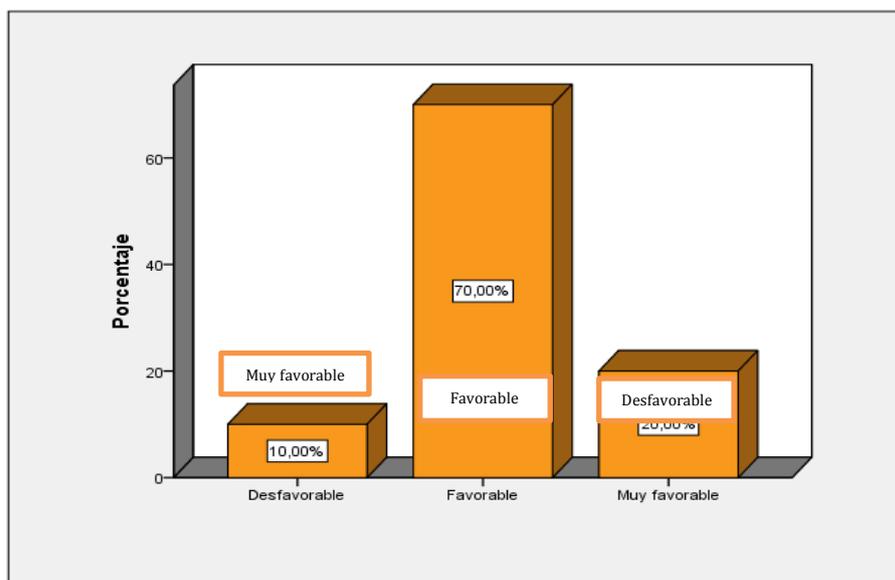
**TABLA 1**  
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL**  
**PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE**  
**PALCA-TARMA 2018**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy favorable	3	10,0	10,0	10,0
Favorable	21	70,0	70,0	80,0
Desfavorable	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Lickert

### GRÁFICO 1

#### ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018



**FUENTE:** Cuadro N° 1

En la tabla y el gráfico se observa que son 3 familiares que representa el 10% de la muestra consideran muy favorable la actitud de los familiares hacia el cuidado integral de los pacientes, son 21 familiares que representa el 70% de la muestra consideran favorable, 6 familiares que representa el 20% de la muestra consideran desfavorable.

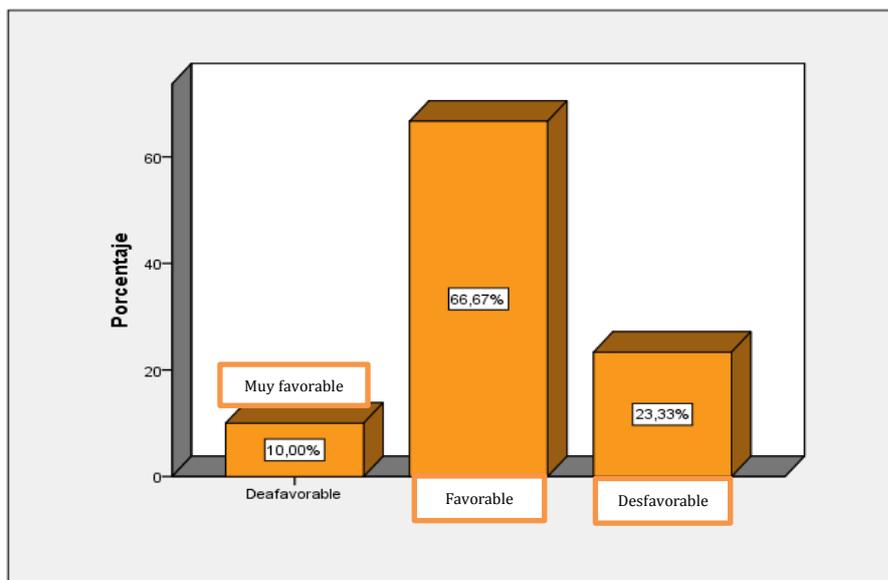
**TABLA 2**  
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LA SATISFACCIÓN DE LAS**  
**NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL**  
**HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy favorable	3	10,0	10,0	10,0
Favorable	20	66,7	66,7	76,7
Desfavorable	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Likert

## GRÁFICO 2

### ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018



**FUENTE:** Cuadro N° 2

En la tabla y el gráfico se observa que son 3 familiares que representa el 10% de la muestra consideran muy favorable la actitud de los familiares hacia las necesidades básicas, son 20 familiares que representa el 66,7% de la muestra consideran favorable, 7 familiares que representa el 23% de la muestra consideran desfavorable.

**TABLA 3**

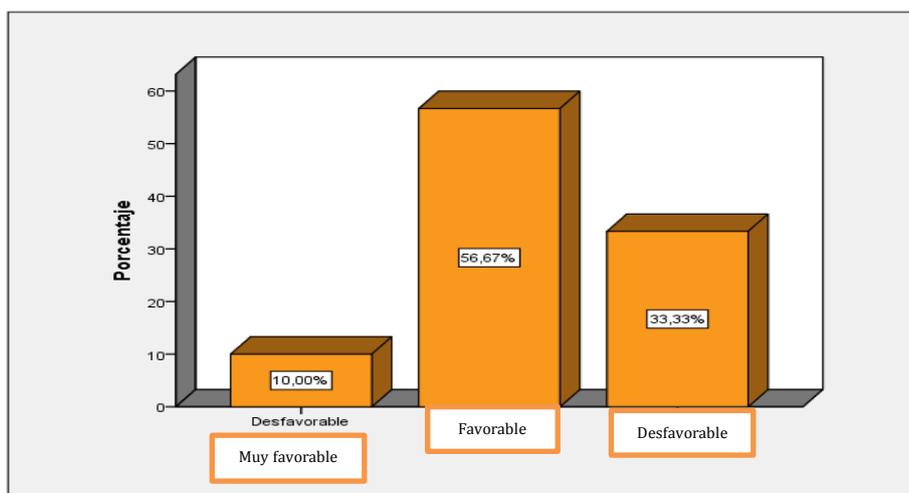
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUMPLIMIENTO DEL  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE  
ONCOLÓGICO EN EL HOGAR. DISTRITO DE PALCA-TARMA  
2018**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy favorable	3	10,0	10,0	10,0
Favorable	17	56,7	56,7	66,7
Desfavorable	10	33,3	33,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Likert

### GRÁFICO 3

#### ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018



FUENTE: cuadro N°3

En la tabla y el gráfico se observa que son 3 familiares que representa el 10% de la muestra consideran muy favorable la actitud hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente, son 17 familiares que representa el 56,7% de la muestra consideran favorable, 10 familiares que representa el 33% de la muestra consideran desfavorable.

**TABLA 4**

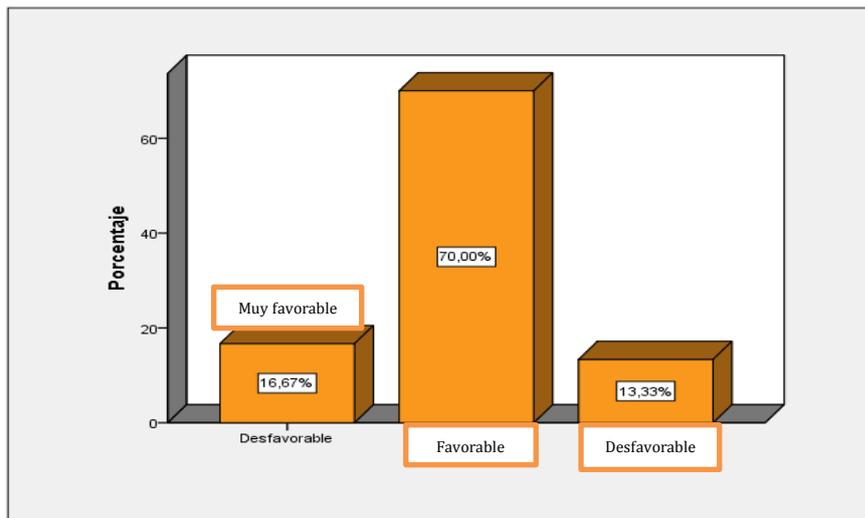
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL APOYO PSICOSOCIAL  
DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE  
PALCA-TARMA 2018**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy favorable	5	16,7	16,7	16,7
Favorable	21	70,0	70,0	86,7
Desfavorable	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Likert.

#### GRÁFICO 4

### ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL APOYO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018



FUENTE: Cuadro N° 4

En la tabla y el gráfico se observa que son 5 familiares que representa el 16,7% de la muestra consideran muy favorable la actitud hacia el apoyo psicosocial del paciente, son 21 familiares que representa el 70% de la muestra consideran favorable, 4 familiares que representa el 13,3% de la muestra consideran desfavorable.

**TABLA 5**

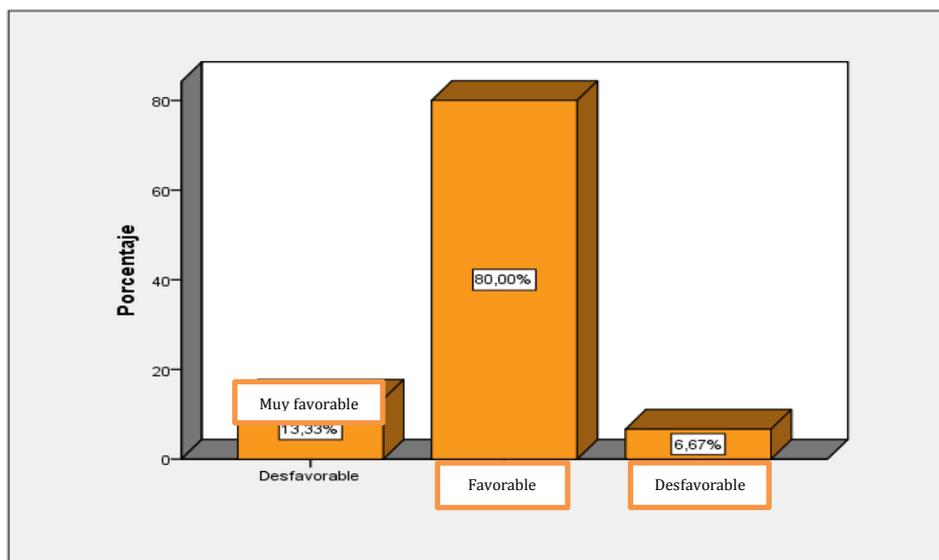
**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO DURANTE LA  
CRISIS DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL  
HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy favorable	4	13,3	13,3	13,3
Favorable	24	80,0	80,0	93,3
Desfavorable	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Likert

## GRÁFICO 5

### ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO DURANTE LA CRISIS DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018.



**FUENTE:** Cuadro N°5

En la tabla y el gráfico se observa que son 4 familiares que representa el 13,3% de la muestra consideran muy favorable la actitud hacia el cuidado durante la crisis del dolor, son 24 familiares que representa el 80% de la muestra consideran favorable, 2 familiares que representa el 6,7% de la muestra consideran desfavorable.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **6.1 Contrastación de la hipótesis:**

El trabajo por ser un estudio descriptivo simple cualitativo, se optó por no plantear una hipótesis por lo tanto se obvia la discusión.

#### **6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares**

Los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación sobre Actitud que predomina ante el cuidado integral del paciente oncológico es favorable es un 70%.

Al respecto Barroso, E. y Guerra, S 2008, en su investigación actitud del personal de enfermería hacia el cuidado del paciente indigente que ingresa a la unidad clínica de la emergencia de adultos del hospital DR. Luis Razetti de Barcelona. Los resultados evidenciaron que existe una actitud muy positiva y positiva de 32%, y 35% ,en el componente cognitivo es 36% y 38%,enmarcando muy positiva y positiva del componente afectivo en un 44% y 27% en el componente conductual muy positiva y positiva.

Como conclusión se evidencia que el personal de enfermería, sentimientos y conductas positivas al momento de brindar cuidados al paciente indigente.

Asi mismo Lunar, A y Villegas, Y (2004), en su estudio titulado: “Actitud de los profesionales de enfermería hacia los cuidados paliativos del enfermo Oncológico en fase Terminal, instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño, Valencia estado Carabobo”, cuyo objetivo fue “Determinar la actitud del profesional de enfermería hacia los cuidados paliativos proporcionados al enfermo Oncológico en fase terminal, en sus componentes: cognitivo, afectivo y conductual, en el instituto de

Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia estado Carabobo.

Los resultados obtenidos indicaron que los aspectos considerados constituyen elementos muy positivos de la actitud manifestado por los profesionales de enfermería hacia los cuidados paliativos proporcionados al enfermo oncológico en fase terminal, y que permite inferir en la presencia de un actitud positiva y favorable por parte de dichos profesionales hacia la implementación de los cuidados paliativos en el enfermo oncológico en fase terminal.

Finalmente Pérez, M; Piñero, E; y Rangel, L (2003), Desarrollaron un trabajo de investigación titulado “Actitud del profesional de enfermería hacia el paciente post- operado en la clínica Lugo de Maracay”. El objetivo estuvo dirigido a determinar la actitud del profesional de enfermería hacia el paciente postoperado en la unidad clínica de hospitalización de la clínica Lugo de Maracay. Los resultados permitieron concluir que el profesional de enfermería de la clínica Lugo de Maracay, proporciona cuidado sin evasión de asignaciones, trato digno y humano al paciente postoperado con expresión de sentimientos positivos que ayudan a la pronta recuperación del mismo a través de metodologías donde se pone en práctica los conocimientos y experiencia.

## CONCLUSIONES

1. La actitud de los familiares que predomina es favorable en un 70% hacia el cuidado integral del paciente oncológico.
2. La actitud muy favorable es la que menos predomina en un 10% en los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico.
3. La actitud favorable es la que predomina en un 66.67% en los familiares en la dimensión de la satisfacción de las necesidades básica en el paciente oncológico en el hogar.
4. La actitud favorable es un 56.67% la que predomina en los familiares en la dimensión de cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente oncológico en el hogar.
5. La actitud favorable en un 70.% es la que predomina en los familiares en la dimensión apoyo psicosocial del paciente oncológico en el hogar
6. La actitud favorable de un 80% es la que predomina en los familiares en la dimensión cuidado del dolor durante la crisis del paciente oncológico en el hogar.

## **RECOMENDACIONES**

1. Al director regional de salud, tener como política la capacitación continua de profesionales de salud sobre prevención de cáncer y cuidados en el manejo de la enfermedad en el hogar.
2. Al director de la red de salud Tarma, implementar el servicio de hospitalización diferenciado para pacientes oncológicos.
3. Al director de la red de salud Tarma, implementar el servicio de consejería a familiares de pacientes oncológico.
4. A la coordinadora de la estrategia de prevención del cáncer programar capacitaciones para el personal de salud en cuidados en el hogar del paciente oncológico.
5. A las enfermeras que trabajan en los servicios de hospitalización utilizar estrategias para capacitar a los familiares sobre el cuidado oncológico en el hogar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Lancet Oncology Comisión, la planificación del control de Cancer en America Latina y el Caribe.2013, 14,1-52
2. Organización Mundial de la Salud, Control del Cancer:aplicación de los onocimientos.Guia para desarrollar programas eficaces.. Modulo 6. Ginebra OMS, 2007.
3. OPS,El Cáncer en la región de las Américas.OPS, 2012
4. Perú MINSA. Las priorización del Cáncer en el Perú, noviembre 2001. Lima Oficina General de Epidemiología.
5. Boletín Epidemiológico año 8 febrero 2012. Dirección Regional de la Salud Junin.
6. Luz Aviles Diario Correo, 30 de septiembre del año 2015.pag. 4
7. Mesquita Melo, E Magalhaes da Silva, R De Almeida, A.M Carvalho Fenandez, A.F.Mota Rego, C.D de la Universidad Federal de Ceara Brazil en su trabajo titulado "Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de Cáncer de mama"
8. Lopez Victorio M. Marroquin Acero Y. en su Trabajo sobre "Conocimientos, carga laboral y edad como factores influyentes en la actitud del cuidador primario del paciente con cáncer pulmonar" , para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma.
9. Iliana Becerra Loayza y Sophie Otero Franciere en su investigación sobre relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en paciente con cáncer de mama de la Pontificia Universidad Católica del Perú en su tesis para optar el título de Magister en Psicología Clinica de la Salud,

10. [/esm.wikipedia.org/wiki/familia](http://esm.wikipedia.org/wiki/familia) .
11. [www.aecat.net/2012/09/19](http://www.aecat.net/2012/09/19) el cáncer no solo afecta al paciente sus familiares también necesitan apoyo.
12. <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/ENFRENTARSEA/PAUTASPARAFAMILIARESYPAMIGOS/Paginas/unserqueridotienecancer.aspx>
13. <https://www.cancer.org/sobrellevar/familia.y.amigos/familiares-cargo-pro-pdq>
14. [www. Definición abc.com](http://www.definicionabc.com) general
15. artículos [.corentt.com](http://corentt.com) tipos de actitudes
16. Guía de aprendizaje “diseño y desarrollo del proyecto de investigación” pag. 28. Trujillo 2013
17. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. Rosa Guerrero-Ramírez<sup>1, a</sup>, Mónica Elisa Meneses-La Riva<sup>1,b</sup>, María De La Cruz-Ruiz<sup>1,c,d</sup>
18. [https://encolombia.com/medicina/revistas medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/1998-2018](https://encolombia.com/medicina/revistas_medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/1998-2018) en colombia.com
- 19 <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/despues-del-diagnostico/tratamientos-comunes-contrael-cancer.html>.

## **ANEXOS**

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS DE LOS INSTRUMENTOS	ESCALA DE MEDICIÓN	
Actitud	ACTITUD: Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o un aspecto particular de esta	Es la predisposición Muy favorable, favorable o desfavorable que tienen los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en sus dimensiones de necesidades básicas dimensión psicosocial, tratamiento farmacológico y cuidado durante las crisis de dolor que será evaluada a través de la escala tipo Lickert.	Aspecto físico	Comodidad y Confort	8. La cama del paciente debe ser de consistencia blanda y de fácil acceso.	Muy Favorable	
				-Alimentación	14. Es conveniente que el paciente oncológico reciba una alimentación saludable y balanceada 6. Es mejor que el paciente consuma alimentos acompañados de la familia.		Favorable
				-Drogas y sustancias nocivas	16. Consumir de vez en cuando alcohol o tabaco afecta en la salud del paciente oncológico.		
				-Higiene corporal	12. El paciente debe mantenerse limpio todos los días.		Desfavorable
				-Vestimenta	11. Es importante que el paciente mantenga una vestimenta limpia y cómoda.		
				-Actividad física y recreativa	10. Es beneficioso para el paciente que realice actividades físicas y recreativas		
				-Vivienda	15. Demanda tiempo mantener el orden y la limpieza en el cuarto del paciente 20. Es importante que el cuarto del paciente oncológico sea iluminado y ventilado.		
			Aspecto Psicosocial	-Seguridad para el paciente	9. Es importante mantener la calma cuando se conversa con el paciente. 13. Brindar afecto ayuda a la recuperación de la salud del paciente oncológico. 18. Es importante saber escuchar sus necesidades de paciente 17. Se debe mantener la calma cuando el paciente presenta su crisis de dolor.		
				Relaciones Interpersonales	1. El paciente oncológico debe participar en los quehaceres del hogar 2. El paciente oncológico debe permanecer en cama siempre		
			Tratamiento farmacológico	Administración de fármacos.  Asistencia a citas programadas	3. Es importante que el paciente reciba puntualmente los medicamentos prescritos para el hogar. 4. Es importante que el paciente acuda puntualmente a las citas programadas 7. Es importante que el paciente acuda a las citas programadas en compañía de un familiar.		
Crisis de dolor	Alivio del dolor	5. Todo paciente Oncológico debe tener en el hogar los analgésicos según indicación médica. 19. Colocar en una posición adecuada alivia el dolor.					

## ESCALA DE CALIFICACION

Lic. Enfermería Rocío Puente Jurado

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, solicitamos dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, como parte de la investigación.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3.	La estructura del instrumento es adecuado			
4.	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable			
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6.	Los ítems son claros y entendibles			
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

SUGERENCIAS:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Firma del Juez de Experto

Variante de Estudio	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems de los instrumentos	Escala de Medición	
Actitud	ACTITUD: Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o un aspecto particular de esta	Es la predisposición Muy favorable, favorable o desfavorable que tienen los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en sus dimensiones de necesidades básicas dimensión psicosocial, tratamiento farmacológico y cuidado durante las crisis de dolor que será evaluada a través de la escala tipo Lickert.	Aspecto físico	Comodidad y Confort	8. La cama del paciente debe ser de consistencia blanda y de fácil acceso.	Muy Favorable	
				-Alimentación	14. Es conveniente que el paciente oncológico reciba una alimentación saludable y balanceada 6. Es mejor que el paciente consuma alimentos acompañados de la familia.		Favorable
				-Drogas y sustancias nocivas	16. Consumir de vez en cuando alcohol o tabaco afecta en la salud del paciente oncológico.		
				-Higiene corporal	12. El paciente debe mantenerse limpio todos los días.		Desfavorable
				-Vestimenta	11. Es importante que el paciente mantenga una vestimenta limpia y cómoda.		
				-Actividad física y recreativa	10. Es beneficioso para el paciente que realice actividades físicas y recreativas		
				-Vivienda	15. Demanda tiempo mantener el orden y la limpieza en el cuarto del paciente 20. Es importante que el cuarto del paciente oncológico sea iluminado y ventilado.		
			Aspecto Psicosocial	-Seguridad para el paciente	9. Es importante mantener la calma cuando se conversa con el paciente. 13. Brindar afecto ayuda a la recuperación de la salud del paciente oncológico. 18. Es importante saber escuchar sus necesidades de paciente 17. Se debe mantener la calma cuando el paciente presenta su crisis de dolor.		
				Relaciones Interpersonales	1. El paciente oncológico debe participar en los quehaceres del hogar 2. El paciente oncológico debe permanecer en cama siempre		
			Tratamiento farmacológico	Administración de fármacos.	3. Es importante que el paciente reciba puntualmente los medicamentos prescritos para el hogar. 4. Es importante que el paciente acuda puntualmente a las citas programadas 7. Es importante que el paciente acuda a las citas programadas en compañía de un familiar.		
Asistencia a citas programadas							
Crisis de dolor	Alivio del dolor	5. Todo paciente Oncológico debe tener en el hogar los analgésicos según indicación médica. 19. Colocar en una posición adecuada alivia el dolor.					

## INSTRUMENTO

## **ESCALA DE LICKERT**

**PRESENTACION:** Tenga Ud. Muy buenos días somos Estudiantes de la especialidad de Enfermería Oncológica de la Universidad Nacional del Callao, actualmente estamos desarrollando un estudio de investigación Titulado: “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar” en el distrito de Palca. Por lo que le solicitamos que responda con toda sinceridad a los siguientes enunciados, dándole a conocer es de carácter anónimo y altamente confidencial.

### **I. DATOS GENERALES:**

- EDAD:
- AÑOS:
- SEXO: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

### **II. PARENTESCO CON EL PACIENTE:**

- MAMA ( )
- PAPA ( )
- HERMANO ( )
- HIJO ( )
- OTROS ( )
- GRADO DE INSTRUCCION:
- OCUPACIÓN:
- TIPO DE CANCER:
- ESTADIO DE LA ENFERMEDAD:
- TIEMPO DE ENFERMEDAD:

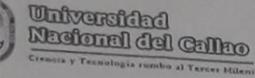
### **III. INSTRUCCIONES:**

A continuación marque con una °X° el casillero que considere correcto con respecto a las actitudes que deben tener en el cuidado integral del paciente oncológico.

**Anexo 2** Instrumento: Test de Likert

INDICADORES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Los familiares, deben permitir que el paciente oncológico participe en los quehaceres del hogar.			
2. Los familiares, deben permitir que el paciente oncológico permanezca en cama todo el día.			
3. Los familiares deben supervisar que el paciente reciba los medicamentos prescritos para el hogar según indicación médica.			
4. Los familiares, deben ayudar al paciente a acudir puntualmente a las citas programadas.			
5. Los familiares, deben prever de tener en el hogar los analgésicos según indicación médica.			
6. Los familiares, deben acompañar al paciente durante el consumo de sus alimentos.			
7. Los familiares, deben acompañar al paciente oncológico a sus citas programadas			
8. Los familiares deben garantizar al paciente a tener su cama ordenada blanda y de fácil acceso.			
9. Los familiares deben mantener la calma cuando conversa con el paciente sobre su enfermedad.			
10. Los familiares deben apoyar al paciente a que realice actividades físicas y recreativas de acuerdo a su estado actual.			
11. Los familiares, deben apoyar al paciente a que mantenga una vestimenta limpia y cómoda.			
12. Los familiares, deben apoyar al paciente a mantenerse limpio todos los días.			
13. Los familiares, deben brindar afecto al paciente oncológico.			
14. Los familiares, deben ofrecer al paciente oncológico una alimentación saludable y balanceada.			
15. Los familiares deben mantener el orden y la limpieza en el cuarto del paciente.			
16. Los familiares deben evitar el consumo de alcohol o tabaco en el paciente oncológico.			
17. Los familiares deben mantener la calma cuando el paciente presenta su crisis de dolor.			
18. Los familiares deben saber escuchar las necesidades de paciente.			
19. Los familiares deben colocar al paciente oncológico en posiciones adecuadas para aliviar el dolor.			
20. Los familiares deben mantener el ambiente del paciente oncológico iluminado y ventilado.			

**Anexo 3 : Oficio solicitando autorización para recolección de datos  
microred palca**

  
Crecencia y Tecnología rumbo al Tercer Milenio

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

Tarma, 10 de agosto de 2018

**OFICIO N° 001- DRC-KRB-UNC**

**C.D. DANIEL REYES SALAZAR:**  
**JEFE ADMINISTRATIVO MICRORED PALCA**

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

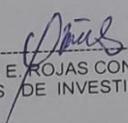
De mi mayor consideración:

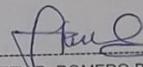
Mediante el presente, le saludo cordialmente y a su vez tengo a bien hacer de su conocimiento que por motivo de rigor metodológico en los trabajos de investigación, se requiere de la autorización para la recolección de datos en el ámbito de su establecimiento de salud que usted dirige..

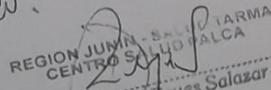
Motivo por el cual le solicito tenga a bien autorizar la recolección de datos en su establecimiento que servirá de base para la ejecución de nuestro proyecto de investigación cuyo título es: "ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018"

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona, me despido de usted reiterándole las muestras de mi deferencia y estima personal.

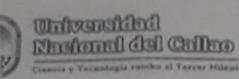
Atentamente,

  
-----  
DELIA E. ROJAS CONDOR  
ALUMNAS DE INVESTIGACION

  
-----  
KETTY R. ROMERO BERAUN  
ALUMNAS DE INVESTIGACIÓN

700  
  
REGION JUNÍN - SALUD TARMA  
CENTRO DE SALUD PALCA  
C.D. Daniel Reyes Salazar  
C.O. # 0328  
15-08-2018

**Anexo 4: Oficio para solicitar lista de pacientes diagnosticados con cancer a la red de salud tarma**

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

Tarma, 10 de agosto de 2018

**OFICIO N° 001- DRC-KRB-UNC**

**OBSTETRA: SONIA PÉREZ SEGURA**  
**COORDINADORA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN**  
**CÁNCER RED DE SALUD TARMA.**

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

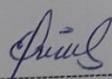
De mi mayor consideración:

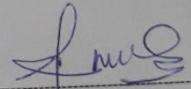
Mediante el presente, le saludo cordialmente y a su vez tengo a bien hacer de su conocimiento que por motivo de rigor metodológico en los trabajos de investigación, se requiere de la autorización para la recolección de datos en el ámbito de la Estrategia que usted dirige.

Motivo por el cual le solicito tenga a bien autorizar la recolección de datos en su establecimiento que servirá de base para la ejecución de nuestro proyecto de investigación cuyo título es: "ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL HOGAR DISTRITO DE PALCA-TARMA 2018"

Esperando que lo solicitado sea aceptado por su persona, me despido de usted reiterándole las muestras de mi deferencia y estima personal.

Atentamente,

  
DELIA E. ROJAS CONDOR  
ALUMNAS DE INVESTIGACION

  
KETTY R. ROMERO BERAUN  
ALUMNAS DE INVESTIGACIÓN



## Anexo 5: Consentimiento informado para aplicación de instrumento de recolección de datos

 **Universidad Nacional del Callao**  
Ciencia y Tecnología rumbo al Tercer Milenio

**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Lic Delia Rojas Cóndor y Lic. Ketty Romero Beraún, de la Universidad Nacional del Callao. El objetivo de este estudio es Conocer **¿Cuál es la Actitud de los Familiares en el Cuidado Integral del paciente con Cáncer en el Hogar?**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las alternativas que tiene este instrumento para lo que se estima que durará 10 minutos aproximadamente.

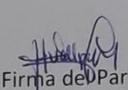
La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Yo..... Marlene I. Luque Fejeda .....con  
DNI..... 7.052.6026 .....Acepto participar voluntariamente en esta investigación para lo cual me han indicado que tomará aproximadamente 15 minutos.

  
Firma del Participante

Fecha: 10-09-18

**Anexo 6: Medición de la variable**

Muy favorable (MF): 80 -100%

Favorable (F): 60-79%

Desfavorable (D): menos de 60%

20 enunciados en total

3 categorías para marcar: siempre, a veces, y nunca

$20 \times 3 = 60$ -----puntaje máximo -----100%

60-----100%

x-----80%

**x= 48 puntos**

Por lo tanto más de 48 puntos se considerarán muy favorables.

60-----100%

x-----60%

**x = 36 puntos**

Por lo tanto de 36 a 47 puntos se considerará favorable

Y de 35 puntos a menos es desfavorable.

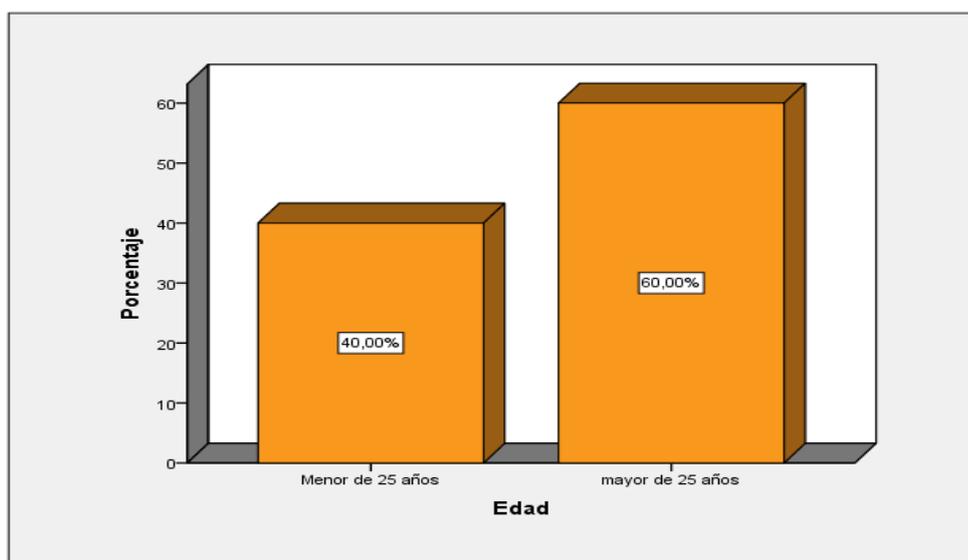
## Anexo 7: Cuadro y Gráficos

Tabla 1: La edad de los familiares en el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de Palca-Tarma 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 25 años	12	40,0
mayor de 25 años	18	60,0
Total	30	100,0

**FUENTE:** Test de Lickert

Gráfico 1. La edad de los familiares en el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018



**FUENTE:** Test de Lickert

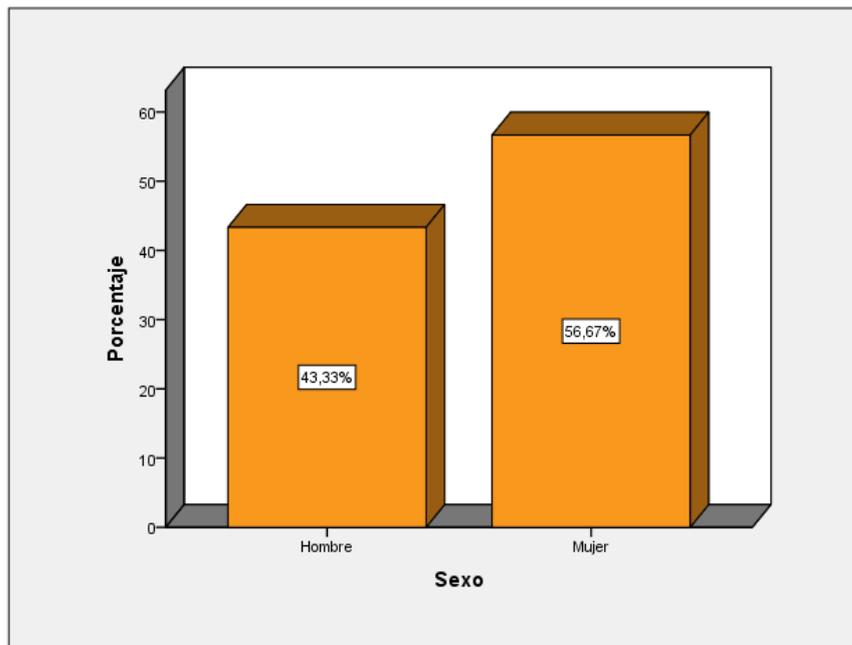
En la tabla y el gráfico se observa que son 12 familiares que representa el 48% tienen edades menores a 25 años, son 18 familiares que representa el 60% de la muestra son mayores a 25 años.

Tabla 2. El sexo de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	13	43,3
Mujer	17	56,7
Total	30	100,0

**FUENTE:** Test de Lickert

Gráfico 2. El sexo de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018



**FUENTE:** Test de Lickert

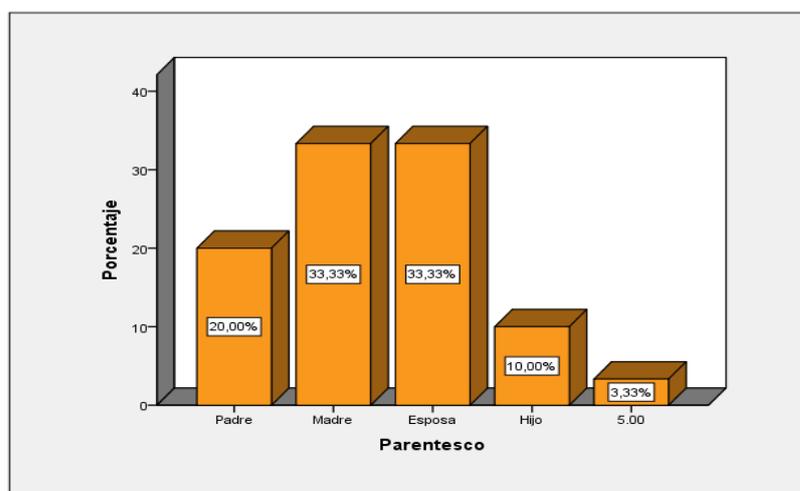
En la tabla y el gráfico se observa que son 13 familiares que representa el 43,3% de la muestra son hombres, son 17 familiares que representa el 56,7% de la muestra son mujeres.

Tabla 3:El nivel de parentesco de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Padre	6	20,0	20,0	20,0
Madre	10	33,3	33,3	53,3
Esposos()	10	33,3	33,3	86,7
Hijo	3	10,0	10,0	96,7
Otros	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Lickert

Gráfico 3.El nivel de parentesco de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018



**FUENTE:** Test de Lickert

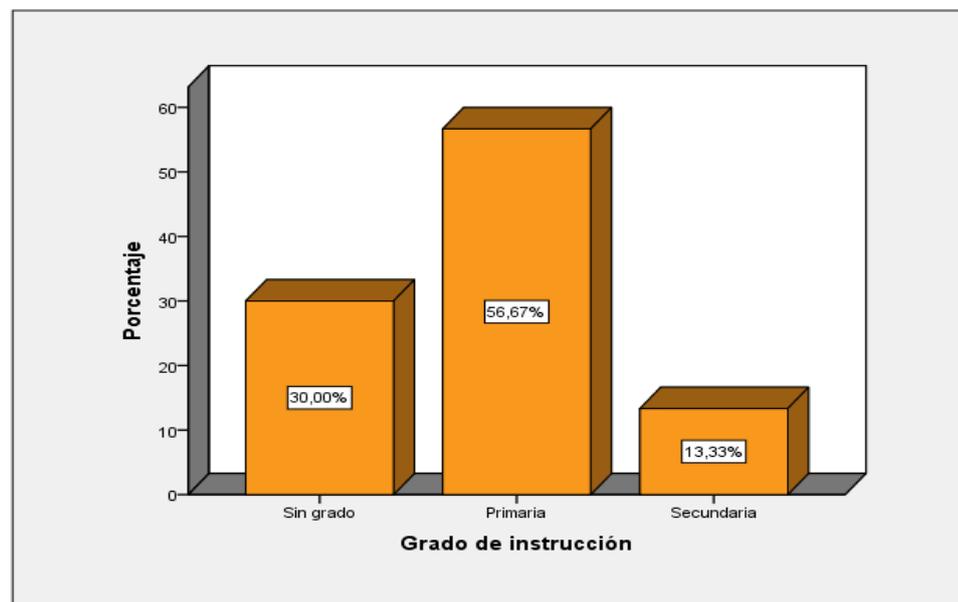
En la tabla y el gráfico se observa que son 6 familiares que representa el 20% de la muestra son padres, son 10 familiares que representa el 33,3% de la muestra son madres . Son 10 familiares que representa el 33% de la muestra son esposa, son 3 familiares que representa el 10% de la muestra son hijos, y 1 familiar que representa el 3,3% no manifiesta.

Tabla 4.El nivel de grado de instrucción de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin grado	9	30,0	30,0	30,0
Primaria	17	56,7	56,7	86,7
Secundaria	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

**FUENTE:** Test de Lickert

Gráfico 4.El nivel de grado de instrucción de los familiares hacia el cuidado integral del paciente oncológico en el hogar distrito de palca-Tarma 2018



**FUENTE:** Test de Likert

En la tabla y el gráfico se observa que son 9 familiares que representa el 30% de la muestra son sin grado, son 17 familiares que representa el 56,7% de la muestra son de primaria, 4 familiares que representa el 13,3% de la muestra son de secundaria.