

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



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE CUIDADOS  
PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
GERIÁTRICOS DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO - 2021**

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

**AUTORES**

**ANA MARIA CAZORLA COSIO**

**NORA ELIZABETH PACHECO ABANTO**

**Callao - 2021**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	PRESIDENTE
DRA. ANA LUCY SICCHAA MACASSI	SECRETARIA
MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN DE CORTEZ	MIEMBRO

**ASESOR:** MED. ROBERTO JOSÉ CARBONEL PEZO

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 042-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 12 de Agosto del 2021

**Resolución de Decanato** N° 292-2021-CF/FCS, de fecha 09 de Agosto del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

A todos nuestros pacientes, que fueron fuente de inspiración, nos enseñaron a que no todo tiene un fin, siempre hay un comienzo, aunque sea al final del camino.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por cuidarnos y protegernos en estos momentos difíciles de pandemia, permitiéndonos culminar nuestra segunda especialidad profesional en la noble carrera de enfermería.

A nuestros padres, por darnos fuerzas día a día para seguir mejorando en nuestra formación profesional y ponernos al servicio y orientando a la población para evitar cualquier enfermedad.

A los señores docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, quienes nos brindaron sus valiosos conocimientos y su apoyo en el desarrollo académico y de investigación.

A las personas que trabajan como cuidador de pacientes oncológicos geriátricos en casa, por su paciente labor y generosidad reluciendo su sensibilidad humana.

A los ejecutivos de Clínica Ortega de la ciudad de Huancayo, institución privada de salud que nos abrió sus puertas y nos brindó las facilidades para el desarrollo de la presente investigación.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I: PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos.....	14
1.4. Limitantes de la investigación.....	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	16
2.1. Antecedentes de estudio.....	16
2.1.1 Antecedentes internacional.....	16
2.1.2 Antecedentes nacional.....	20
2.2. Bases teóricas.....	23
2.2.1 Teoría de cuidados paliativos.....	23
2.2.2 La teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem.....	24
2.2.3 La teoría humanística de enfermería.....	25
2.2.4 Modelo de Callista Roy.....	26
2.3. Base conceptual.....	27
2.3.1 Cuidado paliativos.....	27
2.3.2 Tipos de tratamientos en cuidados paliativos en el adulto mayor.....	30
2.3.3 Principales síntomas tratados dentro de los cuidados paliativos.....	30
2.3.4 Intervenciones en cuidados paliativos .....	33
2.3.5 Cuidados paliativos domiciliarios.....	34
2.3.6 Beneficios de la atención domiciliaria .....	35
2.4. Definición de términos básicos.....	36

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	38
3.1. Hipótesis.....	38
3.1.1. Hipótesis general.....	38
3.1.2. Hipótesis específica.....	38
3.2. Definición conceptual de variables.....	38
3.3. Operacionalización de variables.....	39
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	41
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	41
4.2 Método de investigación.....	41
4.3 Población y muestra .....	42
4.4 Lugar de estudio.....	42
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	43
4.5.1 Confiabilidad y validez del instrumento.....	43
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	44
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	45
5.1 Resultados descriptivos.....	45
5.2 Resultados inferenciales.....	57
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	66
6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	66
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	80
- Matriz de consistencia.....	81
- Matriz de operacionalización de variables.....	82
- Cuestionario para medir el nivel de conocimientos de los cuidadores sobre los cuidados paliativos en el hogar.....	83

## INDICE DE TABLAS

Tabla 5.1	Categorías sexuales de los participantes de la investigación.....	43
Tabla 5.2	Edad de los cuidadores de pacientes oncológicos que participaron de la investigación .....	43
Tabla 5.3	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos respecto a los cuidados paliativos.....	44
Tabla 5.4	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos respecto a los problemas físicos que tiene un paciente oncológico.....	45
Tabla 5.5	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos respecto al dolor oncológico.....	45
Tabla 5.6	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos respecto al tipo de dolor.....	46
Tabla 5.7	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de la utilidad que tiene la alita subcutánea y en los casos en la que se utiliza.....	46
Tabla 5.8	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de los cuidados que debe tener de la alita subcutánea.....	47
Tabla 5.9	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de la alimentación por sonda.....	47
Tabla 5.10	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos respecto de los tipos de sonda de alimentación.....	48
Tabla 5.11	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de los cuidados previos a la alimentación por sonda nasogástrica.....	48
Tabla 5.12	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de las complicaciones que no debe presentar durante la alimentación por sonda.....	49
Tabla 5.13	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de que es el estreñimiento.....	49
Tabla 5.14	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos respecto a que debe hacer cuando su paciente tiene estreñimiento.....	50
Tabla 5.15	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de la higiene corporal.....	50
Tabla 5.16	nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos del orden en que debe realizar la higiene corporal.....	51

Tabla 5.17	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos del cuidado a tener en cuenta de la higiene bucal.....	51
Tabla 5.18	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos del concepto de úlceras por presión.....	52
Tabla 5.19	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de las complicaciones que tienen las úlceras por presión....	52
Tabla 5.20	nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos de las medidas que se deben tener en cuenta para prevenir las úlceras por presión.....	53
Tabla 5.21	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos respecto a la falta de aire.....	54
Tabla 5.22	Nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos respecto a que manejo terapéutico por falta de aire daría al paciente.....	54
Tabla 5.23	nivel de conocimiento del cuidador de un paciente oncológico geriátrico según la variable cuidados paliativos.....	55
Tabla 5.24	Nivel de conocimiento del cuidador sobre dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	56
Tabla 5.25	Nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	58
Tabla 5.26	Nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	59
Tabla 5.27	Nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	61
Tabla 5.28	Nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	62

## INDICE DE FIGURAS

Figura 5.1	Nivel de conocimiento del cuidador de un paciente oncológico geriátrico según la variable cuidados paliativos.....	56
Figura 5.2	Nivel de conocimiento del cuidador sobre dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	58
Figura 5.3	Nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	59
Figura 5.4	Nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	61
Figura 5.5	Nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos en casa .....	62
Figura 5.6	Nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.....	64

## RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo, determinar el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021. El tipo y diseño de investigación fue el descriptivo prospectivo de corte transversal y el método que se aplicó fue el deductivo, analítico y sintético, en una muestra constituida por 30 cuidadores en casa de los pacientes geriátricos oncológicos, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, que evaluó los conocimientos sobre cuidados paliativos en base a 5 dimensiones; dolor, alimentación, eliminación, higiene del paciente y cuidados de la piel; distribuidas en 20 preguntas con 4 alternativas, validada mediante juicio de expertos. Los resultados: se determinó que el 53.30% de los evaluados tienen bajo conocimiento sobre cuidados paliativos, el 26.70% regular y el 20% alto; en la dimensión dolor oncológico el 56.67% alto; 26.67% regular, y 16.67% bajo; respecto a dimensión alimentación por sonda, el 30% alto, el 33.33% regular y 36.67% bajo; en la dimensión eliminación 26.67% conocimiento alto, 63.33% regular y 10% bajo; en la dimensión higiene corporal, 33.33% alto, 50% regular y 16.67% bajo, y en la dimensión cuidado de la piel-úlceras por presión, nivel alto 26.67%, regular 56.67% y bajo 16.67%. Conclusión: Los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos en casa, de una clínica privada de Huancayo 2021 tienen un nivel de conocimiento regular en su mayoría (63.33%) sobre cuidados paliativos domiciliarios, que garantiza la calidad de cuidados que el paciente requiere en sus domicilios.

**PALABRAS CLAVES:** Cuidados paliativos, cuidador, paciente oncológico, geriátrico, nivel de conocimiento.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the level of knowledge of the caregiver about home palliative care in geriatric cancer patients, Huancayo 2021. The type and design of the research was the descriptive prospective cross-sectional and the method applied was the deductive, analytical and synthetic, in a sample made up of 30 home caregivers of geriatric cancer patients, the technique used for data collection was the survey and the questionnaire as an instrument, which evaluated knowledge about palliative care based on 5 dimensions; pain, feeding, elimination, patient hygiene and skin care; distributed in 20 questions with 4 alternatives, validated by expert judgment.

The results: it was determined that 53.30% of those evaluated have low knowledge about palliative care, 26.70% regular and 20% high; in the oncological pain dimension, 56.67% high; 26.67% regular, and 16.67% low; Regarding tube feeding dimension, 30% high, 33.33% regular and 36.67% low; in the elimination dimension 26.67% high knowledge, 63.33% regular and 10% low; in the body hygiene dimension, 33.33% high, 50% regular and 16.67% low, and in the dimension skin care-pressure ulcers, high level 26.67%, regular 56.67% and low 16.67%. Conclusion: The caregivers of geriatric oncology patients at home, in the city of Huancayo 2021 have a level of regular knowledge mostly (63.33%) about home palliative care, which guarantees the quality of care that the patient requires at home.

**KEY WORDS:** Palliative care, caregiver, cancer patient, geriatric, level of knowledge.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país se evidencia que la población geriátrica que padecen de enfermedades oncológicas sufre indebidamente por falta de estructuración e implementación adecuada de los cuidados paliativos; en esa realidad, el problema se transforma en un asunto de salud pública, por lo que es necesario las iniciativas y propuestas importantes para dar solución; es ese contexto, el 19 de setiembre del año 2018 se promulgó la Ley N° 30846, Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas como no oncológicas, con el objetivo general de asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y para su entorno familiar y cuidadores. (1)

La falta de acceso a cuidados paliativos basados en conocimientos estructurados como protocolos de atención a personas adultas mayores produce tratos inadecuados en la atención, esta situación ocasiona un problema de abordaje en la salud pública. Los cuidados paliativos, al que también se denominan cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo y control de síntomas; no pretende ni cortar ni alargar innecesariamente la vida de la persona, sino proporcionar su calidad en los parámetros definitivos por el propio paciente y su familia. La finalidad de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos sociales y espirituales correspondientes.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general, determinar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos domiciliarios del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, para el que se aplicaron instrumentos de recolección de datos (cuestionario) validados por expertos.

Finalmente, se precisa la estructura y contenido del informe de investigación, la misma que está organizado en apartados; Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Hipótesis y variables, Capítulo IV: Diseño metodológico, Capítulo V: Resultados, Capítulo VI: Discusión de Resultados; también se considera de manera separada las conclusiones y recomendaciones. Asimismo, se inserta las referencias bibliográficas y por último un apartado de anexos.

### **Las autoras**

# CAPÍTULO I.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La población geriátrica con enfermedades oncológicas sufre innecesariamente debido a una carencia en la evaluación y tratamiento de sus problemas y por falta de acceso a cuidados paliativos, ya que los conocimientos para ayudar a las personas con enfermedades graves todavía no están estructurados adecuadamente menos implementados; por lo que esta realidad se transforma en un problema de salud pública. La falta de acceso a cuidados paliativos, basados en conocimientos estructurados como protocolos de atención a personas adultas mayores, produce tratos inadecuados en la atención, esta situación ocasiona un problema de abordaje en la salud pública.

Los cuidados paliativos se consideran un derecho humano, las necesidades provenientes del envejecimiento de la población y el deseo de un mejor cuidado a los pacientes, nos preguntamos entonces si existen conocimientos en cuidados paliativos que ayuden al anciano con cáncer avanzado a mejorar su calidad de vida en sus últimos días y esto se convierte no solamente en un problema de ámbito sanitario si no se convierte un problema social y económico. Ya que pierden la capacidad de autovalencia, desnutrición, higiene defectuosa, aparición de úlceras por presión, entre otras, y en muchos casos la falta de seguimiento del tratamiento. Afortunadamente, es frecuente que el adulto mayor reciba ayuda de un familiar pero que no está preparado para atenderlo, sucede entonces que ingresan al hospital, con la consiguiente sobrecarga asistencial, ingresos repetitivos a menudo innecesarios. De este modo la atención integral, a través de un equipo multidisciplinario, es esencial para estos pacientes y su familia, extendiendo la atención hacia el hogar del

adulto mayor, manejando mejor el sufrimiento; y no estar fuera de su entorno y sin sus seres queridos.

La familia es una parte esencial dentro de la medicina paliativa porque va a contribuir en los ciudadanos del enfermo. De otra parte, se estima que la población peruana del quinquenio 2015-2020 vivirá en promedio 76,5 años de vida, ésta expectativa de vida es mayor en 5,5 años entre mujeres 79,2 años y en hombres 73,7 años. (2)

Cuando se trata de la población geriátrica que padecen enfermedades oncológicas crónicas, el personal de salud es consciente que van a atender pacientes en estadio ya incurable, en que solo se ofrecen cuidados mas no curación. Entendiendo que los cuidados paliativos deben encargarse de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida por tanto tenga una muerte digna y sin dolor, los cuidados paliativos ofrecen a la familia una alternativa acompañando en el sufrimiento que día a día se enfrenta en el estado final y por lo tanto la familia afrontar miedos e inquietudes. En esta realidad, es importante la preparación de la familia en cuidados paliativos y tengan los conocimientos necesarios para la atención de calidad conjuntamente con el equipo en el domicilio, dada las circunstancias que no hay solución curativa en hospitales son dados de alta para que sean cuidados por el cuidador; pero la gran mayoría de ellos tienen la idea errada que se van a curar o a veces simplemente lo dejan al abandono conllevando al desarrollo de otro tipo de malestar, por tal motivo es importante dar a conocer lo que son cuidados paliativos y no se llegue al ensañamiento terapéutico ocasionándole más sufrimiento.

La Organización Mundial de Salud, estima anualmente que 40 millones de personas requieren de cuidados paliativos, siendo el 78% de personas que viven en países de ingreso bajo o ingresos medianos que necesitan cuidados paliativos. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y

proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. (3)

Los cuidados paliativos no es solamente aliviar el dolor y mitigar el sufrimiento físico, sino también reducir, el sufrimiento emocional, psicosocial y el estrés tanto de los pacientes con enfermedades graves en fases avanzadas, como de sus familiares o cuidadores principales. Solo 20 países han integrado adecuadamente los cuidados paliativos en sus sistemas sanitarios. El 42% de países carecen de estos, por falta de políticas que reconozcan la importancia estratégica de los cuidados paliativos y la necesidad de los pacientes en fases terminales o con enfermedades degenerativas, la ausencia de recursos o la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios. (4)

En el Perú, el 19 de setiembre del 2018 se promulgó la Ley N 30846, Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas como no oncológicas, con el objetivo de asegurar la inclusión de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud. (1)

“El plan nacional tiene un enfoque humano que busca mejorar la calidad de vida de las personas, brindando a los pacientes una atención oportuna, de calidad, bajo una mirada integral, continua e integrada a todo el sistema de salud del país” (1)

El Ministerio de Salud (MINSa) indica que el cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce; además añade las cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud; que estima el año 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes. También hace mención, lo que la Organización

Panamericana de la Salud reporta, el 45% de las muertes por cáncer a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1,2 millones registrado en 2,008 hasta 2,1 millones en 2,030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física). (5)

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo, 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre el dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre el dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.
- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.
- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.
- Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.
- Determinar el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.

## **1.4. Limitantes de la investigación**

### **1.4.1 Teórica**

Se establece que no se cuenta con suficiente información teórica sobre cuidados paliativos domiciliarios ya que aún no está muy establecido pese que es un derecho humano, tampoco se viene implementando en nuestro país unidades de cuidados paliativos, a pesar de tener una Ley promulgada en el año 2018 que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas como no oncológicas.

### **1.5.2 Temporal:**

Debido a la pandemia que se viene atravesando y en nuestro país siendo declarado en emergencia sanitaria tenemos dificultades con la recolección de datos, dadas por las medidas de cuarentena se hace la dificultad de poder realizar los cuestionarios de manera presencial.

### **1.5.3. Espacial**

En cuanto al área para el desarrollo de la tesis, se debe aclarar que la Clínica Ortega de Huancayo, atiende pacientes provenientes de la región central del país; para el estudio se consideró aquellos que provenían de la provincia de Huancayo, región geográfica relativamente extensa, por lo que se tuvo ciertas dificultades en la aplicación del instrumento de recolección de datos; sin embargo, con la aplicación de las medidas de bioseguridad se lograron llegar a la muestra representativa de nuestros cuidadores paliativos. En algunos casos e tuvo acceso al manejo virtual para la recolección de datos.

## CAPÍTULO II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de estudio

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Arcos Andreu Rosa y Juárez Ruíz Josefa, desarrollaron la investigación acerca de " Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados paliativos", en la universidad de Jaén – España, con el objetivo principal de conocer el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre los cuidados paliativos en las unidades hospitalarias del hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, utilizando un método descriptivo, observacional y transversal mediante la aplicación de un cuestionario anónimo previo consentimiento informado y con una muestra de 55 profesionales de enfermería, obtuvieron como resultado que solo un 5% de los encuestados son los que conocen los cuidados relacionados con la especialidad de paliativos, concluyendo que la gran mayoría del personal encuestado no posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo esta prestación; por lo que sería necesario la formación especializada del personal de enfermería mediante la implantación de la especialización. (6)

Ticiane Dionizio De Sousa Matos, Silmara Meneguín, María De Lourdes Da Silva Ferreira y Helio Amante Miot, realizaron la investigación titulada "Calidad de vida y *coping* (Afrontamiento) religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos" con objetivos de: comparar la calidad de vida y el *coping* religioso-espiritual de pacientes en cuidados paliativos oncológicos con un grupo de participantes sanos; evaluar si la calidad de vida percibida está asociada a las estrategias de *coping* religioso-espiritual; identificar las variables clínicas y sociodemográficas relacionadas a la calidad de vida y al *coping* religioso-espiritual, para el que utilizaron un método de estudio transversal, desarrollado con 96 pacientes de

ambulatorio de cuidados paliativos en un hospital público en el interior del Estado de São Paulo, Brasil, y 96 voluntarios sanos, mediante cuestionario utilizando datos sociodemográficos, el *McGill Quality of Life Questionnaire* y el *Coping Religioso-Espiritual-Breve*. Los resultados fueron entrevistados 192 participantes que presentaron buena calidad de vida y alta utilización del *Coping Religioso-Espiritual*; también se encontró mayor uso de *Coping Religioso-Espiritual* negativo en el Grupo A, y menor bienestar físico, psicológico y de calidad de vida. Asimismo, se observó que existe asociación entre los scores de calidad de vida y *Coping Religioso-Espiritual* ( $p < 0,01$ ) en ambos grupos. Sexo masculino, religión católica y score de *Coping Religioso-Espiritual-Breve* influenciaron de manera independiente los scores de calidad de vida ( $p < 0,01$ ). Se logró como conclusión, que ambos grupos presentaron altas puntuaciones de calidad de vida y de *Coping Espiritual-Religioso*, participantes de sexo masculino, practicantes de religión católica y con mayores scores de *Coping Espiritual-Religioso* presentaron mejor percepción de calidad de vida, sugiriendo la posibilidad de estimular esa estrategia de enfrentamiento en pacientes bajo cuidados paliativos. (7)

Juvencio Bautista Antonio, en un trabajo de investigación titulado “Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico”, manifiesta que el número de adultos mayores ha venido aumentando a nivel nacional y mundial y con ello trae consigo problemas inherentes al propio envejecimiento tales como las enfermedades crónicas degenerativas, siendo la principal causa de ingreso hospitalario e incremento de la mortalidad; el objetivo fue diseñar un programa domiciliario de cuidados paliativos con metodología de marco lógico implementado por el equipo multidisciplinario de salud para los derechohabientes en el Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el estudio en sistemas de salud

efectividad, costo de desarrollo y distribución de los recursos muestra un equipo multidisciplinario que participo en el Diseño del Programa de Cuidados Paliativos Domiciliario; utilizó la estadística descriptiva, así como una guía de aprobación de la matriz de marco lógico basada en lineamientos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL); además, tomó en cuenta las consideraciones éticas a través de lo marcado por la Declaración de Helsinki, Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Los resultados muestran el diseño del programa alineado a los ejes de salud pública 2013-2018, pasos a seguir, costos de atención hospitalaria y atención domiciliaria de 40 pacientes en fase terminal a los que se les proporciona atención de manera quincenal; llegando a la conclusión, que implementando este programa se logran mejoras en la sociedad carente de estos proyectos donde se garantice una calidad de vida al final de la misma, donde el resultado final sea una muerte digna en compañía de sus seres queridos. (8)

Ileana León León, Niurka Rodríguez López, Blanca Rosa Pérez Romero, Ana María Santana Paneque. Realizaron una investigación titulada “Evaluar nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en personal de enfermería. Policlínica 2 Ángel Ortiz Vázquez. Manzanillo”. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos. Métodos: Se realizó intervención educativa en un grupo de enfermeras de la policlínica No 2 “Ángel Ortiz Vázquez”, en el periodo de mayo 2015 – junio del 2016. El universo-muestra estuvo constituido por la totalidad de enfermeras (50) ubicadas en los consultorios médicos de familia que poseían pacientes con enfermedades en estadio terminal al iniciarse el estudio. Estuvo diseñado en tres etapas: de diagnóstico, intervención y evaluación. Resultados: Los profesionales tenían conocimientos no adecuados sobre los cuidados paliativos, las bases terapéuticas e instrumento básico para mejorar la calidad

de vida y el confort, así como de actividades a desarrollar con estos pacientes y su familia, resultados que se modificaron de un modo adecuado una vez terminada la intervención. Conclusiones: Una adecuada actuación del profesional de enfermería en sus buenas prácticas ante un enfermo tributario a cuidados paliativos no solamente debe considerarse como un recurso habitual de los programas de salud, sino como una experiencia que ha de promover una atención digna y humanitaria a personas y familias en esta realidad difícil y en tanto dure la misma. (9)

Aruma Hernández Dorta, realizó “Revisión bibliográfica: Beneficios de los Cuidados Paliativos en Domicilio”. El objetivo fue: Beneficios que pueden aportar para el paciente el cuidado domiciliario en su última etapa de la vida. La metodología fue un estudio descriptivo, realizando una revisión bibliográfica de distintas bases de datos, como son: Pubmed, Scielo, Google Académico, La biblioteca Cochrane Plus, Cinhals. Se consultaron también las distintas publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, las estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, así como la información recogida en las distintas asociaciones de cuidados paliativos de nuestro país. Resultados: Se han seleccionado 12 estudios, que demuestran la preferencia del paciente a morir en el hogar tanto en España como en otros países, condicionado por la presencia de un cuidador informal. También habla sobre el papel del cuidador informal y las consecuencias que conlleva. Conclusiones: La búsqueda ha proporcionado evidencia suficiente que ha servido para mejorar los conocimientos sobre los deseos del paciente en la preferencia del lugar donde morir, así como los beneficios que se obtiene en la atención domiciliaria y cuáles son las razones por las que el paciente después de la decisión de morir en el hogar vuelve y muere en el hospital. También ha servido para saber la situación del cuidador informal ante la decisión de cuidar a una persona en estado terminal. (10)

### **2.1.2 Antecedentes nacional**

Piscoya Siaden y Walter Antonio en Lima Perú 2018 realizaron un estudio sobre la “Efectividad de los cuidados paliativos domiciliarios en adultos mayores del complejo hospitalario Guillermo Kaelin”, cuyo objetivo pretende dar a conocer la efectividad de un programa de cuidados paliativos domiciliarios de un hospital de Lima. La investigación fue de enfoque cuantitativo de tipo básica, de diseño no experimental transversal y descriptivo. La población constó de 90 pacientes fallecidos entre los meses de enero y junio del 2018, la muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencionado. Se utilizó el análisis de datos secundarios como técnica y los datos se recolectaron en una matriz de datos. Los resultados fueron los siguientes: el 56.6% de la población fueron varones mientras que el 44.4% fueron mujeres, el grupo predominante fue el de 75 a 79 años, la enfermedad oncológica representó más de la mitad de los casos con 63.3%. En el 76.7% de la población se hace mención de la presencia de dolor y en el 69.6% de esta se hace mención de algún grado de control del mismo. El 94.4% de la población tuvo supervivencia no mayor a los 6 meses y el 77.8% de la población de estudio falleció en el domicilio. El 62.2% de la población no registraron ingreso alguno en emergencia y el 84.4% de la población no registraron ingreso alguno en hospitalización. Concluyendo que el programa de cuidados paliativos domiciliarios fue efectivo para controlar síntomas físicos, lograr el fallecimiento en domicilio y reducir ingresos hospitalarios, pero no fue efectivo para lograr la mejoría de los síntomas psicológicos. (11)

Álvarez Limaylla Cintia Yabelly y Gonzales López, Maricielo Belén. En Lima Perú 2019 realizaron el estudio “Conocimientos y actitudes del cuidador primario sobre cuidados paliativos en un hospital de Lima”, siendo la justificación que existe la necesidad de contar con suficientes conocimientos para brindar cuidados paliativos a su familiar; de otra parte, son escasas las investigaciones sobre los conocimientos de esta temática

para que las actitudes sean más favorables ante su rol. El objetivo fue determinar la relación que existe entre conocimiento y actitudes del cuidador primario del usuario oncológico en cuidados paliativos en el Hospital Cayetano Heredia, 2018. La investigación fue de enfoque descriptivo, correlacional y de corte transversal. La unidad de análisis son los cuidadores primarios, seleccionadas por cumplir con los criterios de selección, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple resultando 169 cuidadores primarios. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, se aplicó un cuestionario que consta de 3 partes conformada por 7 preguntas generales, 20 preguntas de conocimiento y 24 preguntas de actitudes. Resultados: Se encontró que en el nivel de conocimiento sobre manejo de la alimentación el 81% posee un conocimiento regular. Asimismo, se encontró que en el nivel de conocimiento sobre manejo del dolor el 47% poseen un conocimiento regular. Con respecto a las actitudes frente al cuidado se observó que un 75% poseen una actitud de rechazo. Conclusiones: Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes del cuidador primario del usuario oncológico en cuidados paliativos. (12)

Rojas Vega Oriele Ysabel 2019, con su estudio "Efectividad de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos", objetivo: sistematizar y analizar las evidencias sobre la efectividad de los cuidados paliativos para mejorar los síntomas de los pacientes oncológicos. La metodología consistió en la revisión sistemática observacional y retrospectiva de tipo cuantitativa sometidos a selección crítica, utilizando el sistema de evaluación Grade para la identificación del grado de evidencia. De los 10 artículos revisados sistemáticamente, el 60% pertenecen a revisiones sistemáticas y el 20% a estudios de casos y control, el 10% son ensayos controlado aleatorizado, y por último el 10% a estudio transversal. Según los resultados obtenidos de la revisión realizada en el presente estudio, proceden de Alemania y Argentina (20%) respectivamente,

seguida de México (10%), Cuba (10%), reino unido (10%), España (10%), Colombia (10%) y Estados Unidos (10%). Resultados 100% de los artículos de investigación concluyen que el cuidado paliativo es efectivo. Conclusión: Los cuidados paliativos demuestran efectividad para mejorar el conjunto de síntomas en los pacientes con enfermedades oncológicas. (13)

Storace Porras Ángelo y Figueroa Torreion Alejandro, realizaron un trabajo de investigación titulada: Propuesta de un modelo de negocio basado en la atención domiciliaria de pacientes oncológicos, que requieren cuidados paliativos "PALIACARE". El objetivo fue estudiar la deseabilidad, factibilidad y viabilidad de un proyecto de negocio basado en la atención domiciliaria a pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos. El servicio va dirigido a pacientes que viven en Lima metropolitana, y que tengan la disponibilidad financiera para adquirir este tipo de servicios. La prestación incluye visitas domiciliarias para brindar atención médica general, terapia del dolor, sedación, manejo de complicaciones, soporte nutricional, soporte psicológico y coaching para el paciente o su entorno familiar. La deseabilidad del servicio se estableció a través de un sondeo 233 familias del sector AB, de las cuales el 82% optaría por el servicio mostrando además una disposición a pagar por el mismo. Desde el punto de vista de la viabilidad financiera, se espera alcanzar inicialmente a un 10 % del total del mercado potencial generando una venta anual de alrededor de 1,2 millones de soles en el año 1, logrando un VAN y un TIR financieramente atractivos, lo que demuestra la rentabilidad y viabilidad del presente modelo de negocio. Este trabajo de investigación deja abierta la posibilidad de escalar el proyecto a nivel nacional buscando reembolso público a través del pagador público, o privados a través de las empresas prestadoras de salud, dado el importante impacto social que significa implementar este tipo de modelos de atención en salud en el país y dado que existe una demanda insatisfecha a nivel nacional por la creciente prevalencia del cáncer en el

Perú en los últimos años, y la escasa oferta de cuidados paliativos a domicilio. (14)

Ríos Salas Víctor Hugo y Torres Gutiérrez, Beatriz Alexandra, realizaron una investigación titulada “Efectividad de los cuidados paliativos en cuidados intensivos” cuyo objetivo fue: Revisar y sistematizar la efectividad de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. La metodología consistió en: Revisión sistemática observacional y retrospectiva de tipo cuantitativa, sometidos a selección crítica, utilizando el sistema de evaluación Grade para la identificación del grado de evidencia, hallados en las siguientes bases de datos: PubMed, Scencedirect, Scielo, Wiley Online Library, Elsevier, Epistemonikos. De los 10 artículos revisados sistemáticamente el 80% (n= 8/10) son revisiones sistemáticas y el 20% (n= 2/10) son meta-análisis. Según los resultados obtenidos de la revisión sistemática realizada en el presente estudio, proceden de los países EEUU (30%), seguida de Brasil (30%), España (20%), Italia (10%) y Alemania (10%). Resultados: Asimismo de las evidencias encontradas, el 60% (n=06/10) señalan la efectividad de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. Conclusión: los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos son efectivos ya que proporciona beneficio al paciente y a la familia con lo que respecta a su tratamiento oportuno ante el dolor y teniendo en cuenta su aspecto biopsicosocioespiritual. (15)

## **2.2. Bases teóricas:**

Las teorías y modelos dentro del campo de enfermería ayudan a comprender y examinar los casos y fenómenos que conforman la práctica de atención en salud.

### **2.2.1 Teoría de cuidados paliativos**

Karlsson y equipo observaron que los pacientes en fase terminal presentaron problemas de soporte de Enfermería, tal como déficit de

autocuidado, movilidad física afectada, riesgo de alteración de la integridad cutánea, riesgo de infección, nutrición desequilibrada, fatiga, mucosa oral afectada y dolor. Ellos también determinaron que la orientación de un modelo de Enfermería apoya con mayor precisión la identificación de los principales problemas que presentan las personas y sus familias en el área de los cuidados paliativos. De esta manera, el modelo enfermero evidenciaría los recursos necesarios para el cuidado oportuno, siendo fundamental para la organización, planificación y para la disposición de prioridades por parte de enfermería. (16)

### **2.2.2 La teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem**

El cual puede aplicarse a diferentes contextos y en particular a los cuidados paliativos. Orem, D., propone una clasificación de situaciones de cuidado de enfermería que comprende siete grupos, y en el grupo final representa la enfermedad que limita la vida. En este caso, el cuidado se centra en la calidad de vida que se ve afectada gravemente, hasta llegar a la etapa final de la vida. El cuidado central pasa a ser el mantenimiento del confort de la persona en dicha etapa. (17)

El modelo conceptual de Orem no solo está orientado a situaciones de final de la vida, sino que puede orientar el cuidado a personas con enfermedades graves y largo plazo. Teniendo en cuenta el déficit de autocuidado y las necesidades de las personas enfermas hay diferentes tipos de sistemas de enfermería: sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. (17) Este tipo de sistema proporciona una indicación sobre el grado de participación de la persona en su cuidado personal, para implementar, regular o rechazar la atención terapéutica. La persona o el grupo pueden pasar por los diferentes sistemas o activar varios al mismo tiempo. (18)

### **2.2.3 La teoría humanística de enfermería**

La cual destaca el vínculo que se instaura entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado. Se trata de un encuentro enfermera-paciente donde ambos actores se sienten afectados. Las perspectivas filosóficas de la Teoría Humanista, según Wu & Volker citado por Natalie Figueredo Borda et al. (19) resultan aplicables a la práctica de la enfermería en cuidado paliativos. La utilización de los conceptos básicos de la Teoría Humanística de Enfermería puede proveer una nomenclatura común para las diferentes etapas del Proceso Enfermero en los cuidados paliativos.

El vínculo de confianza y apoyo de las enfermeras con las personas en la etapa final de la vida es fundamental para promover el control del personal, alentarlos en la toma de decisiones y fomentar el mantenimiento de la dignidad y la calidad de vida en esta última fase. La enfermería humanista se orienta hacia los valores y propósitos de cuidados paliativos, y en este contexto, tanto la enfermera y las personas que reciben cuidado aportan sus propias perspectivas en el encuentro enfermera-paciente. De esta manera, la Teoría humanista de Enfermería orienta hacia la importancia de cuidar, de desarrollar la empatía y el encuentro enfermera persona.

Los cuidados paliativos favorecen el holismo, la dignidad y la calidad de vida de las personas que se encuentran en etapa avanzada de la enfermedad y sus familias. Natalie Figueiredo et al. sostienen que los principios básicos de la Teoría Humanista de Enfermería son apropiados para todos los profesionales que cuidan de personas al final de la vida, ya que pueden aportar una visión para que las enfermeras empaticen y den respuesta a las personas que se encuentran cercanas a su muerte. (19)

#### **2.2.4 Modelo de Callista Roy**

Natalie Figueredo et al. (19) afirman que el modelo de Adaptación de Callista Roy sostiene que la persona es un sistema abierto y adaptativo que utiliza una secuencia de entrada, procesamiento y salida; que las personas se adaptan en relación con los estímulos internos y externos que la rodean y que responden a los factores que les generan estrés de forma individual, por sus características cambiantes.

Los procesos de afrontamiento que implica el curso y desarrollo de la adaptación que las personas llevan a cabo, incluye la utilización de gran cantidad de energía, la cual según Roy podría emplearse hacia la recuperación de la enfermedad. En su teoría, Roy, considera a las personas de una manera holística y sostiene que las mismas están constantemente interactuando con el medio ambiente. El concepto de adaptación implica que la persona es un sistema abierto y que responde a estímulos internos y externos. El rol de la enfermera en el cuidado se traduce en la manipulación de los estímulos del entorno, con el objetivo de acercarlos al campo de afrontamiento positivo de la persona. Se considera la adaptación como la respuesta eficaz a un estímulo.

En este escenario, las enfermeras actúan como reguladores externos, y detectan conductas inconsistentes y sus estímulos, a partir de lo cual llevan a cabo el Proceso Enfermero oportuno para eliminar o aliviar el estímulo y así orientar hacia la adaptación. Existe evidencia que la aplicación del modelo de Roy ha sido utilizada con éxito en la mejora calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Las investigaciones en el campo de la oncología de los países occidentales revelaron diversos obstáculos para el manejo efectivo del dolor, tales como: miedo a la adicción, miedo al desarrollo de tolerancia, miedo a los efectos secundarios, y las creencias fatalistas,

los cuales podrían ser explicados a través del Modelo de Adaptación de Roy. (19)

## **2.3. Base conceptual**

### **2.3.1 Cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos sociales y espirituales correspondientes. Los cuidados paliativos también se llaman cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo y control de síntomas, no pretende ni cortar ni alargar innecesariamente la vida sino proporcionar su calidad en los parámetros definitivos por el propio paciente y su familia. La palabra cáncer tiene connotaciones aterradoras para la persona, ya que su diagnóstico se asocia frecuentemente a una enfermedad prolongada, dolorosa y llena de sufrimiento; esta situación se convierte en una experiencia devastadora para el paciente y su familia, especialmente a medida que la enfermedad avanza porque produce deterioro progresivo de la salud, lo que hace que en algún momento de la enfermedad el paciente requiera de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos comprenden un compromiso moral por parte de los familiares de pacientes oncológicos en etapa avanzada y progresiva, con el fin de 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; satisfaciendo las necesidades específicas del paciente oncológico durante la etapa final de su enfermedad. Para brindar un cuidado humanizado a sus pacientes oncológicos requieren de un amplio conocimiento sobre los cuidados paliativos; donde el conocimiento se define como: un

conjunto de información donde los familiares obtendrán un amplio nivel de conocimientos, habilidades y actitudes sobre los cuidados paliativos ante la enfermedad avanzada y progresiva; es también en conjunto de recomendaciones que se van a desarrollar de forma sistemática para ayudar al familiar de los pacientes oncológicos sobre la atención en los cuidados paliativos en etapa avanzada y progresiva de la enfermedad y brindarle una mejor calidad de vida. Los cuidados paliativos comprenden una amplia gama de problemas e integran las necesidades específicas de la persona en su atención médica. Los efectos físicos y emocionales del cáncer y su tratamiento pueden ser muy diferentes de una persona a otra. (11)

El enfoque de la Organización Mundial de la Salud sobre cuidados paliativos es amplio, abarca la atención desde el inicio del manejo de las enfermedades crónicas por lo que hoy, se reconoce que los cuidados paliativos deben aplicarse tan pronto como sea posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y no en la etapa final de la enfermedad. Este cambio surgió de un nuevo entendimiento sobre que los problemas del fin de la vida tienen sus orígenes en etapas previas en la trayectoria de la enfermedad. Los síntomas no tratados al inicio se vuelven muy difíciles de manejar en los últimos días de la vida. (20)

Para la Organización Mundial de la Salud, la intervención en cuidados paliativos no está centrada solamente en el alivio del dolor y aunque es un componente importante, no significa la única condición a intervenir. Los cuidados físicos, emocionales y espirituales del paciente, también son considerados importantes y de preocupación en los cuidados paliativos. Además, el bienestar de los miembros de la familia y de los cuidadores que trabajan con el paciente, forma parte de esta ampliación de definición. Entonces, los cuidados paliativos se extienden más allá del enfoque centrado en el paciente, incluyendo la

necesidad de apoyar y asesorar a 14 quienes han sido desamparados y afectados por la enfermedad. (20)

Alcances de los cuidados paliativos según Organización Mundial de la Salud, 2017. (21)

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del paciente.
- Ayudan a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ayudan a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Responden en equipo las necesidades de los pacientes y sus familias.
- Mejora la calidad de vida y pueden influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma conjunta con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen investigaciones necesarias para comprender y manejar complicaciones clínicas angustiosas.

La Organización Mundial de Salud, también considera como otros obstáculos de la asistencia paliativa, al desconocimiento, entre los planificadores de políticas, los profesionales de la salud y el público en general, del concepto de asistencia paliativa y los beneficios que esta puede ofrecer a los pacientes y a los sistemas de salud. Los obstáculos culturales y sociales, tales como creencias sobre la muerte

y el hecho de morir. Los errores de concepto sobre la asistencia paliativa, considerándose solo para pacientes con cáncer o en las últimas semanas de vida. Y, que un mayor acceso a los analgésicos opiáceos determinará un aumento de la toxicomanía. (22)

### **2.3.2 Tipos de tratamientos en los cuidados paliativos en el adulto mayor**

Se debe partir de una valoración integral de los síntomas para definir un tratamiento eficaz de la sintomatología del adulto mayor. De esta manera se identifican las causas y se podrá proporcionar el tratamiento adecuado. se monitorean y reevaluar los síntomas de manera periódica para su tratamiento constante. Existen dos tipos de tratamientos sintomáticos.

- No farmacológico: son medidas higiénico-dietéticas recomendaciones posturales, acupuntura, técnicas de respiración fisio kinesioterapia, adaptación y cuidado del paciente.
- Farmacológico: Se debe considerar como base del síntoma a tratar dependiendo de este será la medicación que se prescribe al adulto mayor. Se debe tomar en cuenta los tratamientos previos y su respuesta para un tratamiento efectivo del síntoma.

### **2.3.3 Principales síntomas tratados dentro de los cuidados paliativos**

Los principales síntomas que se presentan en las enfermedades crónicas o etapas terminales de las mismas son dolor, disnea, síntomas digestivos, síntomas neuropsiquiátricos, problemas dermatológicos, urinarios. Los Cuidados Paliativos además de atender estos síntomas, cuentan con un tratamiento de enfoque psicosocial, emocional y espiritual, tanto para el adulto mayor como para los familiares y amigos, fisioterapia para evitar atrofia muscular y

ulceras por presión y sedación paliativa en caso de enfermedades terminales. (guías y Consejos para ancianos y sus familiares 2021).

- **Dolor:** se origina debido a los daños de la enfermedad (infiltración tumoral, lesiones nerviosas); como consecuencia del tratamiento (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster, etc.). (Sociedad Española De Cuidados Paliativos, 2015). La naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos requiere de un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008). Los abordajes parciales de la persona con dolor pueden acabar como fracasos en el tratamiento (Breitbart W, 2004). La Guía de Cuidados paliativos españoles, recomienda para valorar la intensidad del dolor el uso de escalas visuales analógicas (EVA) (Cía Ramos, y otros, 2007).
- **Astenia:** se entiende como el estado que incluye el cansancio ante esfuerzos mínimos, disminución de la capacidad funcional y de concentración, la sensación de debilidad definida al iniciar sus actividades, la alteración de la memoria y presencia de labilidad emocional. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados paliativos, 2008).
- **Caquexia:** es el cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en cuidados paliativos (Secretaría de Salud México, 2010).
- **Deshidratación:** la hidratación del paciente en cuidados paliativos es una medida de soporte, el aporte de fluidos por vía

parenteral puede plantearse en las fases muy avanzadas de la enfermedad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados paliativos, 2008).

- **Mucositis:** es una reacción inflamatoria que se manifiesta en forma de eritema o ulceraciones y puede acompañarse de xerostomía y cambios en el sentido del gusto (Secretaría de Salud México, 2010).
- **Náuseas y vómitos:** son producidos por estimulación directa del centro del vómito (alteraciones metabólicas, opioides), hipertensión endocraneal (tumores primarios o metastáticos), alteraciones gastrointestinales y vestibulares, etc. Al mismo tiempo, los tratamientos utilizados tienen como efectos secundarios náuseas y vómitos: analgésicos (AINE, opioides, etc.), antidepresivos, neurolépticos, antibióticos y sobre todo la radioterapia y la quimioterapia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).
- **Estreñimiento:** la inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides contribuyen a los estados de estreñimiento. Se presenta hasta en el 87% de los usuarios de opioides (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015).
- **Agonía:** En los últimos días en la vida del enfermo en fase terminal requiere una atención especial, con un enfoque dirigido a potenciar el bienestar físico, 24 emocional que lleva a fomentar la consecución de una muerte; y a apoyar a familiares y cuidadores (Benítez del Rosario & Asencio Fraile, 2002).

Para Bertoniolo (Bertolino, y otros, 2014), se definen de la siguiente manera:

- **Diarrea:** se produce por causas multifactoriales entre las frecuentes se tiene: los laxantes, los antibióticos, AINE, antiácidos, quimioterapia (sobre todo 5- fluorouracilo e irinotecan), radioterapia, síndrome de malabsorción, secuelas de cirugía digestiva y como resultado del avance de la enfermedad.
- **Delirium:** se define como un estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral difusa.
- **Anorexia:** se define como falta de apetito, y la pérdida de peso que pueden acompañar a la astenia.
- **Úlceras por presión (UPP),** son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Pueden darse en cualquier localización, aunque las más frecuentes son las prominencias óseas. (23)

#### **2.3.4 Intervenciones en cuidados paliativos**

El objetivo de la medicina paliativa es el control de los síntomas para conseguir una mejora del bienestar de la persona (Solano, Gomes, & Higginson, 2006). Se busca actuar directamente sobre las complicaciones, aunque la causa no esté controlada. La Organización Mundial de la Salud, plantea que los cuidados paliativos deben atender el dolor y otros síntomas del cuidado de pacientes, logren brindar información y una comunicación con el paciente y los familiares, asegurar la continuidad de la atención y establecer mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados, permitir la adaptación de los pacientes y familiares sobre el proceso y mejorar la estructura familiar del paciente. (Organización Mundial De La Salud, 2017). (21)

Según Antonio, H. La atención domiciliaria en el área de los Cuidados Paliativos requiere una coordinación entre el sistema de salud regional, las instituciones de internación hospitalaria y el equipo de trabajo domiciliario. Existen requisitos indispensables para que el paciente pueda permanecer en su casa, cumpliendo un rol principal la familia y el entorno social. No sólo se benefician el paciente y su familia sino también el sistema de salud, ya que se evitarán internaciones hospitalarias largas y de alto costo en hospitales que están más preparados para curar que para cuidar a sus pacientes. (24)

### **2.3.5 Cuidados paliativos domiciliarios**

Tanto a nivel domiciliario como hospitalario y en unidades de cuidados paliativos existe evidencia de los beneficios en la satisfacción de los cuidadores y un efecto modesto a nivel de resultados sobre los pacientes (dolor, control de síntomas, disminución de la ansiedad). Así como la coordinación con equipos de cuidados paliativos en enfermos con necesidades de atención más complejas. La atención domiciliaria en el área de los cuidados paliativos requiere una coordinación entre el sistema de salud, las instituciones de internación hospitalaria y el equipo de trabajo domiciliario (Grupo de trabajo para el abordaje de los Cuidados Paliativos en Euskadi., 2016). Por otro lado, ya en 1990 la Organización Mundial de la Salud, resaltó la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que por ello la calidad de los cuidados se vea disminuida. Y aunque los modelos son diferentes, la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, predominantemente en sus domicilios. (25)

En este contexto tenemos dos opciones, crear unidades nuevas que apoyen a los servicios existentes, con la consiguiente posibilidad de duplicidad de recursos, o bien organizar y coordinar los recursos

existentes. (Apezetxea Celaya, 2012). Para el Instituto Pallium Latinoamericana, Medicina Paliativa, los cuidados paliativos domiciliarios están destinados a pacientes que transitan una etapa avanzada de la enfermedad y no cuentan con la posibilidad de trasladarse a los centros de salud para recibir la atención correspondiente. (26)

En la región de las Américas y en nuestro país, el cáncer es un problema de salud pública, por su incidencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en la población, por el gran número de personas afectadas, su creciente contribución a la mortalidad general, por ser causa de incapacidad prematura, su complejidad y el elevado costo de tratamiento; además, porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos y tratados a 28 tiempo y adecuadamente. (27)

### **2.3.6 Beneficios de la atención domiciliaria**

Para el paciente. Se encuentra dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas laborales, continuar con sus hábitos y algunos de sus hobbies. La alimentación es más variada y los horarios no son rígidos.

Para la familia. Logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado. Puede realizar los cuidados con más tranquilidad, sin apuros. Siente que respeta la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio. Se previene el duelo patológico.

Para el sistema de salud. Se disminuyen internaciones hospitalarias largas y de alto costo. Se evita realizar tratamientos innecesarios, disminuyendo la posibilidad de caer en encarnizamientos terapéuticos. En sistemas sanitarios deficitarios, como ocurre en muchos países latinoamericanos, el ahorro económico que se produciría desplazando internaciones hospitalarias hacia el sector de atención domiciliaria continua, seguramente sería importantísimo.

Este ahorro de divisas permitiría una mayor eficiencia en la salud pública y honorarios adecuados para los integrantes del equipo de cuidados paliativos en domicilio. Es difícil comprender por qué obras sociales estatales en Argentina pagan un tratamiento de quimioterapia equivalente a \$3.000, que no traerá beneficios a un paciente en estadio terminal, pero no reconocen los cuidados paliativos domiciliarios. (24)

## **2.4 Definición de términos básicos**

### **2.4.1 Cuidados paliativos**

Representa una forma que busca aumentar y mantener la calidad de vida de los pacientes y su entorno que enfrentan una enfermedad terminal, crónica, lo cual se puede lograr mediante prevención, alivio del sufrimiento, manejando problemas físicos, psicosocial y espiritual. (28)

### **2.4.2 Cuidados paliativos oncológicos**

Es una especialidad interdisciplinaria que busca mejorar la calidad de vida, aliviando el sufrimiento físico, psicosocial o espiritual, centrados en el paciente y su familia que afrontan problemas inherentes a una enfermedad oncológica. (29)

### **2.4.3 Adulto mayor**

Se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos sociosanitarios. (Diccionario Definiciones de Oxford Languages). (30)

### **2.4.4 Paciente geriátrico**

Según la **Organización** Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o

ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (31)

#### **2.4.5 Atención domiciliaria**

En general la atención domiciliaria se indica cuando el paciente necesita monitorización, ajuste de fármacos, cambios de vendaje y fisioterapia limitada. (32)

#### **2.4.6 Cuidador**

Un(a) cuidador(a) de ancianos es quien se hace cargo de necesidades específicas de las personas mayores y/o dependientes, y sus funciones exigen capacidades para las que una persona sin experiencia no está preparada. El cuidador o cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario. (33)

## **CAPÍTULO III.**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Hipótesis**

##### **3.1.1 Hipótesis general**

Existe nivel regular de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.

##### **3.1.2 Hipótesis específica.**

- El nivel de conocimiento del cuidador sobre dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.
- El nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.
- El nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.
- El nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es buena.
- El nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es buena.

#### **3.2 Definición conceptual de variables**

**Cuidados paliativos:** En el Acta Médica Peruana, “cuidados paliativos” está definido como los servicios de la salud destinados al alivio de

problemas físicos, psicosociales y espirituales dirigidos al personal con enfermedad terminal y las de su entorno. (34)

### 3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Cuidados paliativos	Representa una forma que busca aumentar y mantener la calidad de vida de los pacientes y su entorno que enfrentan una enfermedad terminal, crónica, lo cual se puede lograr mediante prevención, alivio del sufrimiento, manejando problemas físicos, psicosocial y espiritual. (28)	La variable cuidados paliativos se medirá por medio del nivel de conocimiento que poseen los cuidadores respecto al dolor, alimentación, eliminación, higiene y cuidado de la piel. Para ello se aplicará un cuestionario diseñado y validado por expertos profesionales en salud, que consta de 20 preguntas.	<b>Dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos de dolor.</li> <li>▪ Utilidad de la alita subcutánea</li> <li>▪ Cuidados en la administración de analgésico por vía subcutánea.</li> </ul>	Bueno  55-80 puntos
			<b>Alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentación por sonda.</li> <li>▪ Tipos de alimentación por sondas.</li> <li>▪ Cuidados en la alimentación por sonda.</li> <li>▪ Complicaciones de la alimentación por sonda.</li> </ul>	Regular  28-54 puntos
			<b>Eliminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estreñimiento.</li> <li>▪ Manejo del estreñimiento.</li> </ul>	Bajo.  0-27 puntos
			<b>Higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Higiene corporal</li> <li>▪ Orden de la higiene corporal.</li> <li>▪ Técnica de Cepillado.</li> </ul>	
			<b>Cuidado de la piel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ulcera por presión.</li> <li>▪ Cuidados de úlceras por presión</li> <li>▪ Complicaciones de úlceras por presión.</li> <li>▪ Disnea.</li> <li>▪ Cuidados la falta de aire.</li> </ul>	

## **CAPÍTULO IV.**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Tipo y diseño de investigación.**

- **Según el paradigma de la investigación:** es cuantitativa: porque la variable en estudio se puede medir y analizar.
- **Según la finalidad de la investigación es:** Básica porque la investigación pretende profundizar la teoría de conocimientos paliativos para garantizar la calidad de vida de los pacientes oncológicos geriátricos.
- **Según la época de obtención de datos:** Según el periodo de ocurrencia de los hechos, se define esta investigación prospectiva, ya que se estudiaron hechos del presente.
- **Según el análisis de fenómeno y el nivel de profundidad:** el análisis de los resultados corresponde a una investigación descriptiva, ya que se identificará el nivel de conocimientos.
- **Según el diseño:** Corresponde a una investigación no experimental.
- **Según periodo de tiempo:** transversal ya que permitirá presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

#### **4.2 Método de investigación.**

- Deductivo. - porque partiremos de un principio general a un hecho concreto.
- Método deductivo. – este método está presente tanto en la formulación de hipótesis y la elaboración de conclusiones, además de estar implícito en todo el proceso de construcción de la investigación.
- Método analítico. – permite al investigador desarrollar el proceso de la estructuración de la base teórica, porque descompone el todo en sus partes, para analizar de manera detallada y rigurosa.

- Método sintético.- en la investigación se realiza la integración mental de los elementos y partes esenciales de los objetivos, para resumir y fijar las cualidades de los mismos.

### **4.3 Población y muestra.**

#### **4.3.1 Población:**

Cuidadores de los pacientes geriátricos en el consultorio oncológico de la Clínica Ortega de Huancayo, constituido por 45.

##### 4.3.1.1 Criterios de inclusión:

- Cuidadores que acepten voluntariamente participar de la investigación.
- Cuidadores con pacientes geriátricos que estén siendo atendidos en el consultorio oncológico de la Clínica Ortega de Huancayo.
- Familiares mayores de 18 años

##### 4.3.1.2 Criterios de exclusión.

- Cuidadores que no acepten participar del estudio
- Cuidador que no sea responsable o que no esté al cuidado permanente del paciente.

#### **4.3.2 Muestra:**

La muestra se seleccionará con la técnica del muestreo no probabilístico con el método intencional. Conformado por 30 unidades de análisis, en este caso viene a ser los cuidadores en casa de los pacientes geriátricos atendidos en el consultorio oncológico de la Clínica Ortega de Huancayo.

### **4.4 Lugar de estudio.**

El presente estudio se realizará en Clínica Ortega de la ciudad de Huancayo, institución privada de salud de Categoría II-2, ubicada en

Av. Daniel Alcides Carrión 1124 - Huancayo. La Clínica Ortega viene a ser una Institución Privada de Salud que cuenta con todas las especialidades de salud incluyendo consultorio de oncología en la que atienden a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales. El objetivo es mejorar su calidad de vida y ofrecerles una atención integral y digna. Las personas que se atienden deben tener dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales, principalmente mayores de 70 años.

#### **4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.**

Se solicitará el permiso correspondiente a los ejecutivos de la Clínica Ortega de Huancayo, institución donde se realizará el presente estudio.

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizará como técnica la encuesta y el instrumento será un cuestionario, el cual contiene enunciados seleccionados de acuerdo con nuestros indicadores.

Se determinará los conocimientos de los cuidadores sobre cuidados paliativos de los problemas físicos como Dolor, Alimentación, Eliminación, Higiene del paciente oncológico, cuidados de la piel; considerados que son conocimientos esenciales básicos para brindar calidad de vida a un paciente geriátrico oncológico.

El cuestionario tiene 2 partes: datos generales y datos específicos que constan de 20 preguntas con 4 alternativas para marcar la respuesta correcta.

##### **4.5.1 Confiabilidad y validez del instrumento.**

En principio, la validez se define como la capacidad del instrumento para medir las características de la población que se desea investigar mediante el cuestionario, por medio de la validación del cuestionario

se verifica si realmente mide lo que se desea medir. Luego, la confiabilidad mide la coherencia interna e indica si el instrumento ofrecerá los resultados con la misma precisión y sin errores cada vez que se utiliza.

En la presente investigación la validez del contenido del instrumento fue determinado mediante Juicio de Expertos, conformado por 07 profesionales de la salud, los cuales fueron: 2 Médicos, 1 Oncólogo, 1 docente del área de Investigación en Enfermería, 3 enfermeras especialistas en Oncología, cuyas opiniones sirvieron para mejorar el instrumento. Instrumento tomado de la investigación liderada por: Lic. Melissa Cecilia Yépez Vásquez, Lic. Solcire Goicochea Torres y Lic. Katherine Marcelo Rivera. (35)

Los ítems del instrumento serán respondidos por el cuidador principal del paciente oncológico geriátrico. Las respuestas serán calificadas en una escala de buena, regular y mala de acuerdo con los puntajes obtenidos.

#### **4.6 Análisis y procesamiento de datos.**

**Etapas del proceso.** - Los datos se procesarán de manera automatizada, utilizando hardware y software de última generación (software SPSS).

**Etapas de análisis.** - La estadística descriptiva e inferencial serán los soportes para el análisis de los datos.

**Etapas de presentación de datos.** - La presentación de los datos será mediante: Tablas estadísticas, graficas de barras, tipo pastel y otros.

## CAPÍTULO V.

### RESULTADOS

Las siguientes tablas que a continuación se muestran, contienen los resultados obtenidos en la presente investigación:

#### 5.1. Resultados descriptivos

Tabla N° 5.1

##### CATEGORÍAS SEXUALES DE LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	25	83,33	83,33	83,33
	Varón	5	16,67	16,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En el estudio participaron un total de 30 personas que desempeñaron la función de cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos, de los cuales 25 son mujeres que representan el 83.33% del total de evaluados y 5 son varones que representan el 16.67% de los evaluados.

Tabla N° 5.2

##### EDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE PARTICIPARON DE LA INVESTIGACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 - 29	6	20,00	20,00	20,00
	30 - 40	11	36,67	36,67	56,67
	41 - 50	8	26,67	26,67	83,33
	51 - 60	4	13,33	13,33	96,67
	61 - 70	1	3,33	3,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 5.2 se aprecia la edad de cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos participantes en el estudio, donde la mayoría (11) que representa el 36.67% tienen la edad que varía entre 30 y 40 años, rango de edad considerada como adecuada para la labor que cumplen. Además, 8 participantes que representan el 26.67% tienen edad que oscila entre 41 y 50 años. Sólo un cuidador profesional tiene una edad avanzada que oscila entre los 61 y 70 años.

Tabla N° 5.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
RESPECTO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	16	53,3	53,3	53,3
	Regular	8	26,7	26,7	80,0
	Alto	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.3, se observa que sólo el 20% que equivale a 6 cuidadores tienen un nivel alto de conocimiento sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos; mientras que el 26.70% representado por 8 cuidadores tienen conocimiento regular y un buen porcentaje 53.30% de los evaluados tienen bajo conocimiento sobre cuidados paliativos.

Tabla N° 5.4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
RESPECTO A LOS PROBLEMAS FÍSICOS QUE TIENE UN PACIENTE  
ONCOLÓGICO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	10	33,3	33,3	33,3
	Regular	10	33,3	33,3	66,7
	Alto	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.4, se tiene los resultados del nivel conocimiento el cuidador en pacientes oncológicos respecto a los problemas físicos, donde el 33.3% tiene un conocimiento de nivel alto sobre los problemas físicos que tiene un paciente oncológico; del mismo modo, el 33.3% tiene un conocimiento regular, finalmente, el mismo porcentaje 33.3% tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS  
RESPECTO AL DOLOR ONCOLÓGICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	5	16,67	16,67	16,67
	Regular	8	26,67	26,67	43,33
	Alto	17	56,67	56,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento sobre dolor del paciente oncológico geriátricos, se observa que el 56.67% tiene un nivel de

conocimiento alto; el 26.67% tiene un nivel de conocimiento regular, finalmente, sólo 16.67% tiene un nivel de conocimiento bajo respecto al dolor oncológico.

Tabla N° 5.6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS RESPECTO AL TIPO DE DOLOR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	15	50,00	50,00	50,00
	Regular	10	33,33	33,33	83,33
	Alto	5	16,67	16,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.6, se tiene los resultados del nivel de conocimiento del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos respecto al tipo de dolor, donde se observa que sólo el 16.67% tiene un nivel de conocimiento alto; mientras que el 33.33% tiene un conocimiento regular, y el 50% de los cuidadores evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.7

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LA UTILIDAD QUE TIENE LA ALITA SUBCUTÁNEA Y EN LOS CASOS EN LA QUE SE UTILIZA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	5	16,67	16,67	16,67
	Regular	13	43,33	43,33	60,00
	Alto	12	40,00	40,00	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.7 se observa que el 40% de la muestra de cuidadores evaluados tienen conocimiento alto sobre la utilidad que tiene la alita subcutánea y en los casos en la que se utiliza para un paciente oncológico geriátrico; mientras que el 43.33% tiene un conocimiento regular. Sin embargo, se observa que existe el 16.67% de los cuidadores que tienen nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.8

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER DE LA ALITA SUBCUTÁNEA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	7	23,33	23,33	23,33
	Regular	13	43,33	43,33	66,67
	Alto	10	33,33	33,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento sobre cuidados que debe tener de la alita subcutánea, se observa que el 33.33% tiene conocimiento alto; mientras que, el 43.33% tiene conocimiento regular y sólo el 23.33% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.9

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LA ALIMENTACIÓN POR SONDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	11	36,67	36,67	36,67
	Regular	10	33,33	33,33	70,00
	Alto	9	30,00	30,00	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.9, se observa que el 30% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca de la alimentación por sonda en un paciente oncológico geriátrico; en tanto que, el 33.33% tiene un conocimiento regular y el 36.67% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.10

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS RESPECTO DE LOS TIPOS DE SONDA DE ALIMENTACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	1	3,33	3,33	3,33
	Regular	25	83,33	83,33	86,67
	Alto	4	13,33	13,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento sobre tipos de sonda de alimentación, se observa que el 13.33% tiene conocimiento alto; mientras que el 83.33% tiene conocimiento regular y sólo el 3.33% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.11

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LOS CUIDADOS PREVIOS A LA ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	10,00	10,00	10,00
	Regular	15	50,00	50,00	60,00
	Alto	12	40,00	40,00	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.11, se observa que el 40% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca de cuidados previos a la alimentación por sonda nasogástrica; en tanto que, el 50% tiene un conocimiento regular y solo el 10% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.12

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LAS COMPLICACIONES QUE NO DEBE PRESENTAR DURANTE LA ALIMENTACIÓN POR SONDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	7	23,33	23,33	23,33
	Regular	13	43,33	43,33	66,67
	Alto	10	33,33	33,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento sobre las complicaciones que no debe presentar durante la alimentación por sonda, se observa que el 33.33% tiene conocimiento alto; mientras que el 43.33% tiene conocimiento regular y sólo el 23.33% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.13

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE QUE ES EL ESTREÑIMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	3	10,00	10,00	10,00
	Regular	19	63,33	63,33	73,33
	Alto	8	26,67	26,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.13, se observa que el 26.67% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca del estreñimiento; en tanto que, el 63,33% tiene un conocimiento regular y solo el 10% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo al respecto.

Tabla N° 5.14

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS RESPECTO A QUE DEBE HACER CUANDO SU PACIENTE TIENE ESTREÑIMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	8	26,67	26,67	26,67
	Regular	15	50,00	50,00	76,67
	Alto	7	23,33	23,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.14, se observa que el 23.33% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca de que debe hacer cuando su paciente tiene estreñimiento; en tanto que, el 50% tiene un conocimiento regular, y el 26.67% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo al respecto.

Tabla N° 5.15

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LA HIGIENE CORPORAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,67	16,67	16,67
	Regular	15	50,00	50,00	66,67
	Alto	10	33,33	33,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.15, se observa que el 33.33% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca de la higiene corporal; en tanto que, el 50% tiene un conocimiento regular, y el 16.67% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo sobre higiene corporal.

Tabla N° 5.16

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DEL ORDEN EN QUE DEBE REALIZAR LA HIGIENE CORPORAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,67	16,67	16,67
	Regular	11	36,67	36,67	53,33
	Alto	14	46,67	46,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento del orden en que se debe realizar la higiene corporal; se observa que el 46.67% tiene conocimiento alto; mientras que el 36.67% tiene conocimiento regular y sólo el 16.67% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.17

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DEL CUIDADO A TENER EN CUENTA DE LA HIGIENE BUCAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,67	16,67	16,67
	Regular	11	36,67	36,67	53,33
	Alto	14	46,67	46,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.17, se observa que el 46.67% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca del cuidado a tener en cuenta de la higiene bucal; en tanto que, el 36.67% tiene un conocimiento regular, y el 16.67% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo al respecto.

Tabla N° 5.18

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DEL CONCEPTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,67	16,67	16,67
	Regular	17	56,67	56,67	73,33
	Alto	8	26,67	26,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.18, se observa que el 26.67% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca de las úlceras por presión; en tanto que, el 56.67% tiene un conocimiento regular, y el 16.67% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo al respecto de las úlceras por presión.

Tabla N° 5.19

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LAS COMPLICACIONES QUE TIENEN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	5	16,7	16,7	16,7
	Regular	20	66,7	66,7	83,3
	Alto	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.19, se observa que el 16.7% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto acerca de las complicaciones que tienen las úlceras por presión; en tanto que, el 66.7% tiene un conocimiento regular, y el 16.7% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.20

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS DE LAS MEDIDAS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	6	20,00	20,00	20,00
	Regular	4	13,33	13,33	33,33
	Alto	20	66,67	66,67	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento de las medidas que se deben tener en cuenta para prevenir las úlceras por presión; se observa que el 66.67% tiene conocimiento alto, mientras que el 13.33% tiene conocimiento regular y el 20% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 5.21

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS RESPECTO A LA FALTA DE AIRE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	4	13,33	13,33	13,33
	Regular	13	43,33	43,33	56,67
	Alto	13	43,33	43,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5.21, se observa que el 43.33% de la muestra de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen un nivel de conocimiento alto respecto a la falta de aire en pacientes; en tanto que, el 43.337% tiene un conocimiento regular, y el 13.33% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo acerca de lo que es la falta de aire.

Tabla N° 5.22

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS RESPECTO A QUE MANEJO TERAPÉUTICO POR FALTA DE AIRE DARIA AL PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	12	40,00	40,00	40,00
	Alto	18	60,00	60,00	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

De la muestra de cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos participantes en el estudio, evaluados respecto al nivel de conocimiento sobre que manejo terapéutico por falta de aire daría a su paciente; se observa que el 60% tiene conocimiento alto, mientras que el 40% tiene conocimiento regular, y no existiendo cuidadores con nivel de conocimiento bajo en este rubro de indagación.

## 5.2. Resultados inferenciales

### a) Hipótesis general

Existe nivel regular de conocimiento sobre cuidados paliativos domiciliarios del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.

Tabla N° 5.23

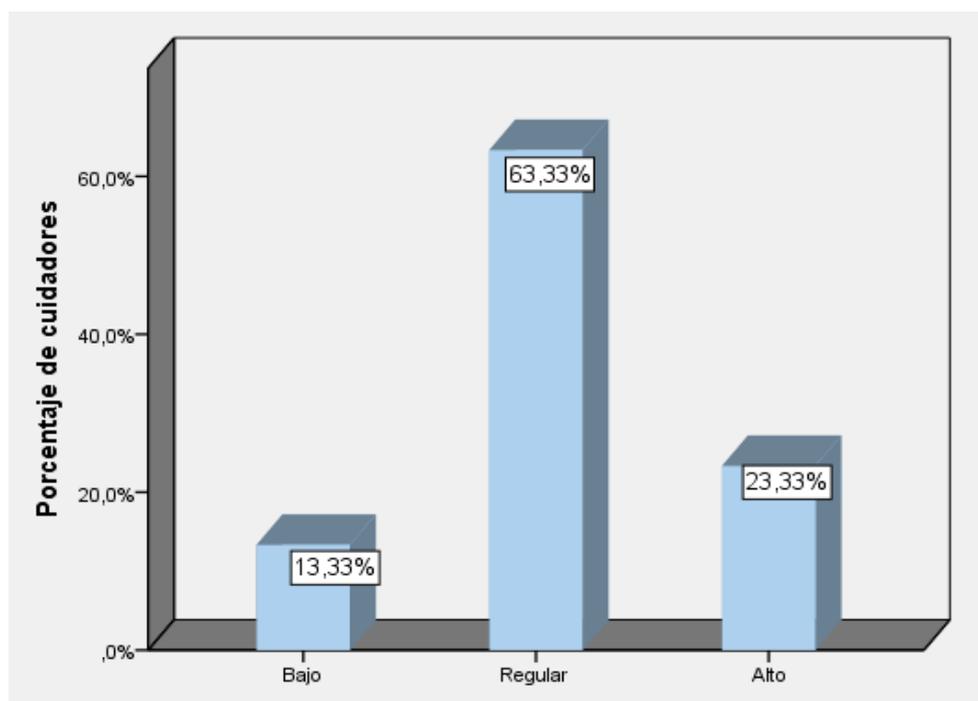
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO GERIÁTRICO SEGÚN LA VARIABLE CUIDADOS PALIATIVOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Bajo	4	13,33	13,33
	Regular	19	63,33	63,33
	Alto	7	23,33	23,33
	Total	30	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO GERIÁTRICO SEGÚN LA VARIABLE CUIDADOS PALIATIVOS



Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5.23 y la Figura N° 5.1, muestran el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos acerca de cuidados paliativos; un 13.33% de los cuidadores poseen un nivel de conocimientos bajo, el 63.33% nivel regular y un 23.33% nivel alto.

En base a los resultados se deduce que existe nivel regular de conocimiento sobre cuidados paliativos domiciliarios del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, evidenciado por el 63.33% de cuidadores evaluados que poseen nivel de conocimiento regular, ya que este rol lo cumple algún miembro de la familia; para esta investigación los cuidadores oscilan entre edades de 20 años como mínimo y máximo 70 años con una media de 46 años. La edad máxima de 70 años se infiere que corresponde al cónyuge del paciente. Del mismo modo, del total de cuidadores, la gran mayoría (83.33%) son mujeres las que cumplen este rol.

#### **b) Hipótesis específica 1**

El nivel de conocimiento sobre dolor del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.

Tabla N° 5.24

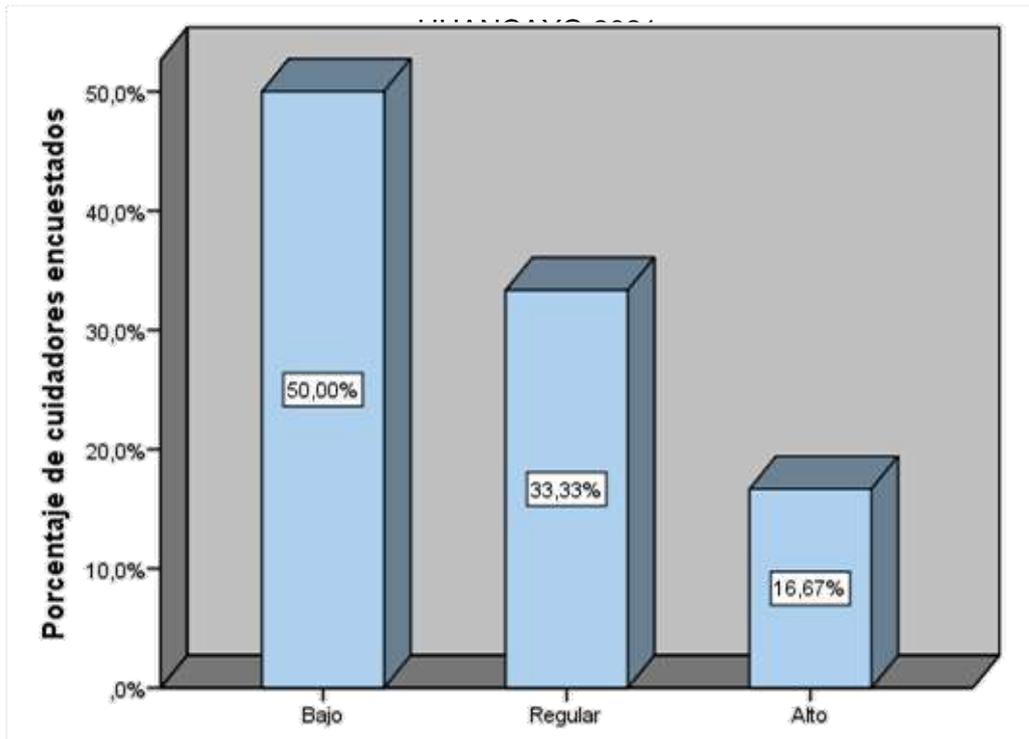
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Bajo	15	50,00	50,00
	Regular	10	33,33	33,33
	Alto	5	16,67	16,67
	Total	30	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5.2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE



Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5.24 y la Figura N° 5.2, muestran el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos sobre el dolor; observando que el 50% de los cuidadores evaluados poseen un nivel de conocimientos bajo, el 33.33% poseen nivel de conocimiento regular y un 23.33% tiene nivel alto.

En base a los resultados se deduce que existe **nivel bajo** de conocimiento del cuidador sobre dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, lo que es evidenciado porque el 50% de cuidadores evaluados mostraron poseer nivel de conocimiento bajo; por tanto, el resultado obtenido difiere con el enunciado de la hipótesis específica, entonces se rechaza la hipótesis específica 1.

## b) Hipótesis específica 2

El nivel de conocimiento sobre alimentación del cuidador en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.

Tabla N° 5.25

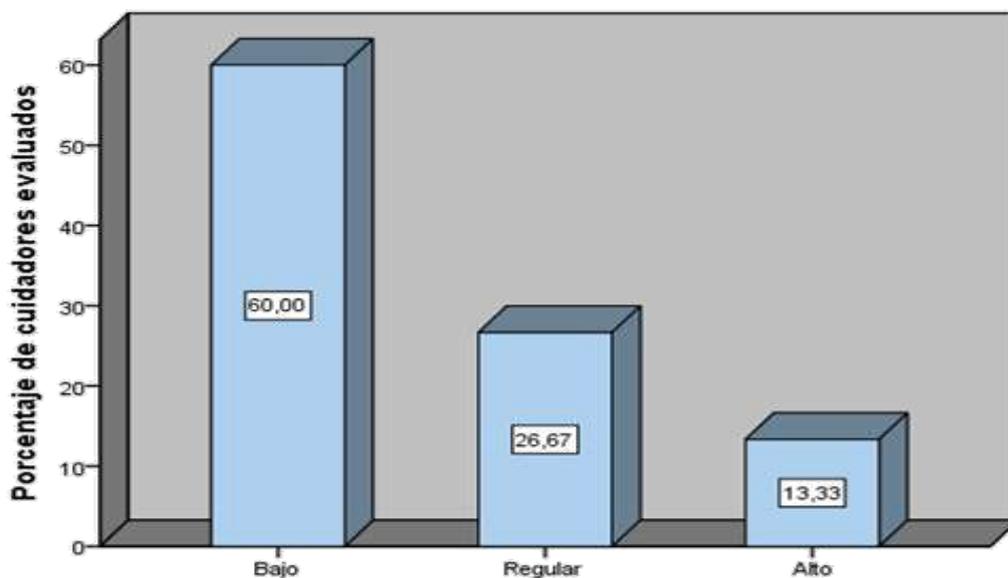
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	18	60,00	60,00	60,00
	Regular	8	26,67	26,67	86,67
	Alto	4	13,33	13,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLINICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021



Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5.25 y la Figura N° 5.3, muestran el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos sobre la alimentación de los pacientes; observando que el 60% de los cuidadores evaluados poseen un nivel de conocimientos bajo, el 26.67% poseen nivel de conocimiento regular y el 13.33% tiene nivel alto.

En base a los resultados se deduce que existe **nivel bajo** de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos de una clínica privada de Huancayo 2021, lo que es evidenciado porque el 60% de cuidadores evaluados mostraron poseer nivel de conocimiento bajo; por tanto, el resultado obtenido difiere con el enunciado de la hipótesis específica, entonces se rechaza la hipótesis específica 2.

### c) Hipótesis específica 3

El nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.

Tabla N° 5.26

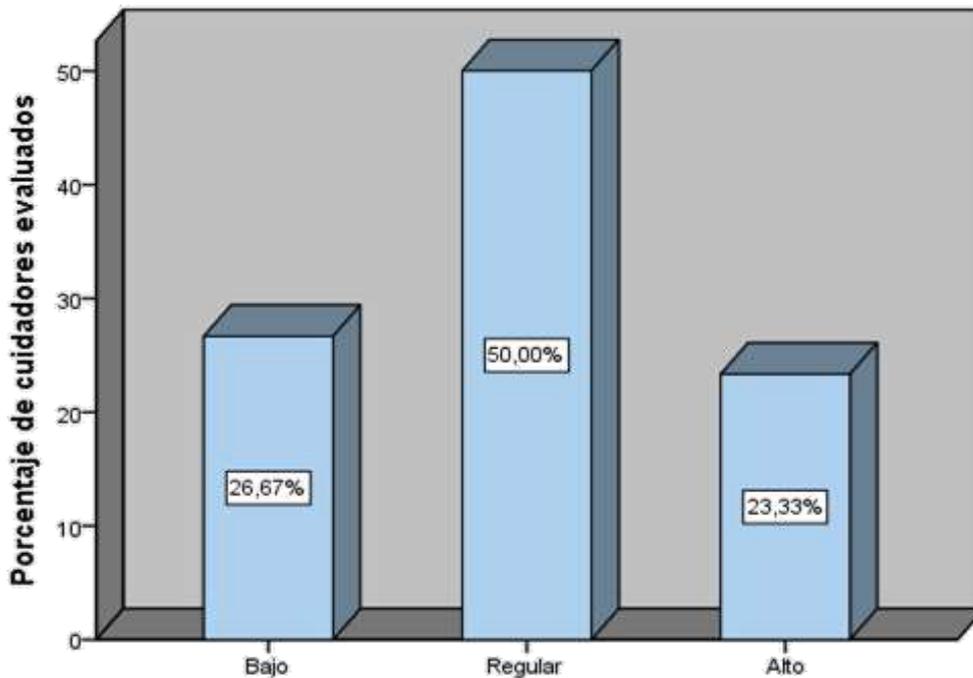
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE ELIMINACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	8	26,67	26,67	26,67
	Regular	15	50,00	50,00	76,67
	Alto	7	23,33	23,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5.4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE ELIMINACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021



Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5.26 y la Figura N° 5.4, muestran el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos sobre la eliminación; observando que el 26.67% de los cuidadores evaluados poseen un nivel de conocimientos bajo, el 50% poseen nivel de conocimiento regular y el 23.33% tiene nivel de conocimiento alto sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos.

En base a los resultados se deduce que existe nivel regular de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, lo que es evidenciado porque el 50% de cuidadores evaluados mostraron poseer nivel de

conocimiento regular; por tanto, el resultado obtenido ratifica el enunciado de la hipótesis específica, entonces se acepta la hipótesis específica 3.

#### d) Hipótesis específica 4

El nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es bajo.

Tabla N° 5.27

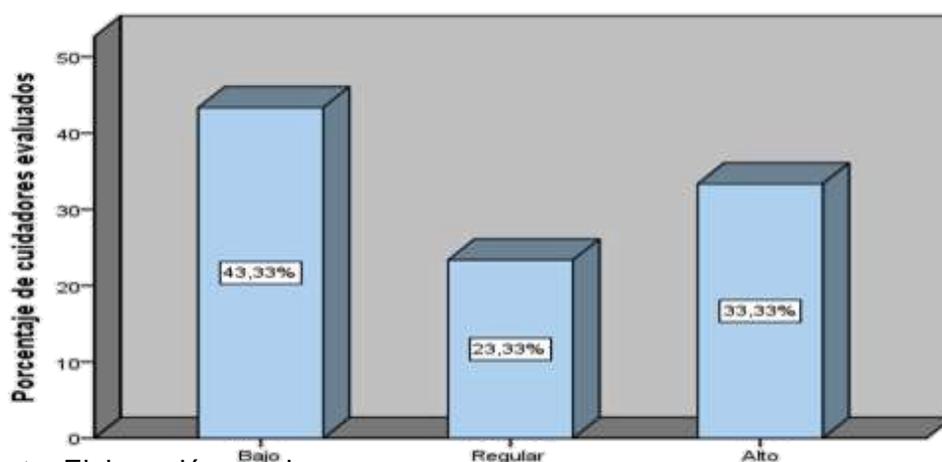
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE HIGIENE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	13	43,33	43,33	43,33
	Regular	7	23,33	23,33	66,67
	Alto	10	33,33	33,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5.5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE HIGIENE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021



Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5.27 y la Figura N° 5.5, muestran el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos sobre higiene; observando que el 43.33% de los cuidadores evaluados poseen un nivel de conocimientos bajo, el 23.33% poseen nivel de conocimiento regular y el 33.33% tiene nivel de conocimiento alto sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos.

En base a los resultados se deduce que existe **nivel bajo** de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos en Huancayo 2021, lo que es evidenciado porque el 43.33% de cuidadores evaluados mostraron poseer nivel de conocimiento bajo; por tanto, el resultado obtenido ratifica el enunciado de la hipótesis específica, entonces se acepta la hipótesis específica 4.

#### e) Hipótesis específica 5

El nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es bajo.

Tabla N° 5.28

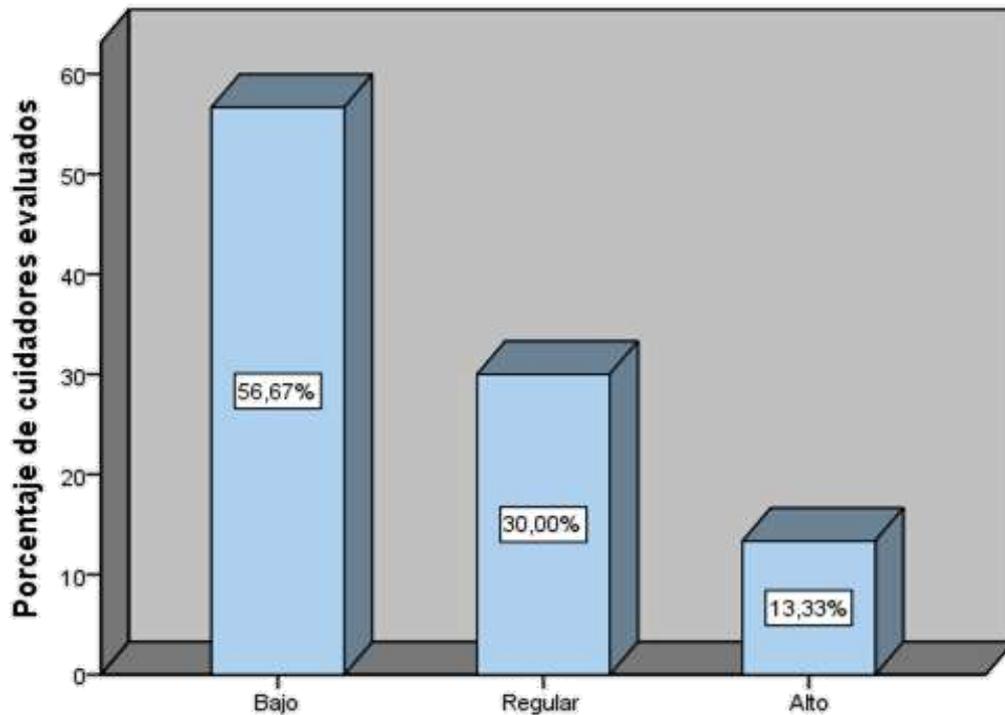
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE CUIDADOS DE LA PIEL  
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA  
PRIVADA DE HUANCAYO 2021

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	17	56,67	56,67	56,67
	Regular	9	30,00	30,00	86,67
	Alto	4	13,33	13,33	100,00
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 5.6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE CUIDADOS DE LA PIEL  
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA  
PRIVADA DE HUANCAYO 2021



Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 5.28 y la Figura N° 5.6, muestran el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos sobre cuidados de la piel; observando que el 56.67% de los cuidadores evaluados poseen un nivel de conocimientos bajo, el 30% poseen nivel de conocimiento regular y el 13.33% tiene nivel de conocimiento alto sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos.

En base a los resultados se deduce que existe **nivel bajo** de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, lo que es evidenciado porque el 56,67% de cuidadores evaluados mostraron poseer nivel de conocimiento bajo; por tanto, el resultado obtenido ratifica el enunciado de la hipótesis específica, entonces se acepta la hipótesis específica 5.

## **CAPÍTULO VI.**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados**

En base a los hallazgos encontrados en la investigación, se acepta la hipótesis general; cuyo enunciado es, existe nivel regular de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, aceptación respaldada con el resultado de 63.33% de cuidadores evaluados que poseen nivel de conocimiento regular, con lo que se logra aumentar y mantener la calidad de vida de los pacientes y se garantiza la calidad de cuidados paliativos que el paciente requiere en sus domicilios, este resultado guarda relación con lo que sostiene la Organización Mundial de la Salud (2021) donde indica que cuidados paliativos representa una forma que busca aumentar y mantener la calidad de vida de los pacientes y su entorno que enfrentan una enfermedad terminal crónica, lo que se logra mediante prevención, alivio del sufrimiento, manejando problemas físicos, psicosocial y espiritual. Aunque los modelos son diferentes, la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, predominantemente en sus domicilios. (28)

De otro lado, el nivel de conocimiento regular de los cuidadores sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, tiene un efecto en la disminución de la ansiedad, dolor y control de otros síntomas del paciente oncológico geriátrico; ésta apreciación guarda relación con Apezetxea Celaya, (2012) que indica que los cuidados paliativos tienen resultados sobre los pacientes a nivel del dolor, control de síntomas y disminución de la ansiedad; es implementado para pacientes que no pueden asistir a centros de salud. (35)

## 6.2. Contrastación de la hipótesis con estudios similares

Los resultados hallados en la evaluación del nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **dolor** oncológico (Tabla 5.5) se encontró que el 56.67% tiene un nivel de conocimiento alto; de igual manera, se observa que el 26.67% tiene un nivel de conocimiento regular y un porcentaje menor (16.67%) tiene un nivel de conocimiento bajo; cifras que nos indica que los cuidadores han adquirido y desarrollado conocimientos adecuados para la atención a los pacientes oncológicos geriátricos respecto a los dolores oncológicos; además, los cuidadores evaluados están aptos para integrarse en trabajos multidisciplinarios a fin de lograr mitigar los dolores oncológicos; al respecto, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2008) indica que la naturaleza multidimensional del dolor en cuidados paliativos requiere de un modelo de intervención multifactorial que comprenda medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras, entre otras. (36). También tiene relación con las conclusiones de Ríos Salas Víctor Hugo y Torres Gutiérrez, Beatriz Alexandra encontraron evidencias donde el 60% señalan la efectividad de los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos ya que proporciona beneficio al paciente y a la familia con lo que respecta a su tratamiento oportuno ante el dolor y teniendo en cuenta su aspecto biopsicosocioespiritual. (15)

Al evaluar los niveles de conocimiento de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **alimentación** (Tabla 5.9) se encontró el 30% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento alto; en tanto que, el 33.33% tiene un conocimiento regular y el 36.67% de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento bajo; en términos generales, estas cifras indican que los cuidadores asumen de manera efectiva la atención en alimentación de los pacientes oncológicos

geriátricos; Sin embargo, existe un porcentaje importante (36.67%) de los evaluados que tiene bajo nivel de conocimiento sobre alimentación, los resultados hallados se relaciona con el concepto de que los cuadros de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a la astenia, sobre todo en la fase final del paciente en cuidados paliativos (Secretaria de Salud México, 2010).

Respecto a los resultados hallados en la dimensión **eliminación** que está relacionado con el estreñimiento (Tabla 5.13), se encontró que el 10% de los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos tienen nivel de conocimiento bajo, frente al 63.33% tienen conocimiento regular y el 26.67% tienen conocimiento alto; porcentajes que determinan el manejo adecuado del estreñimiento de los pacientes oncológicos geriátricos; al respecto la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, (2015), indica que la inmovilidad, la dieta, algunos trastornos metabólicos, como la hipercalcemia, y sobre todo el uso de fármacos, como los opioides contribuyen a los estados e estreñimiento. Se presenta hasta en el 87% de los usuarios de opioides. (37)

Al evaluar los niveles de conocimiento de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **Higiene corporal** (Tabla 5.15) se encontró que el nivel de conocimiento es regular (50%) de la mayoría de los cuidadores, seguido por 33.33% que tienen un nivel alto; lo que implica que conocen de la importancia y el orden de la higiene corporal que deben desarrollar en pacientes oncológicos geriátricos a fin de mejorar la calidad de vida; al respecto Orem, D., propone en este caso, que el cuidado se centra en la calidad de vida que se ve afectada gravemente, hasta llegar a la etapa final de la vida. El cuidado central pasa a ser el mantenimiento del confort de la persona en dicha etapa. (17)

Finalmente, al evaluar los niveles de conocimiento de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos,

de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **cuidados de la piel** (Tabla 5.18), especialmente referidas a las úlceras por presión; se encontró que el 26.67% tienen un nivel de conocimiento alto acerca de las úlceras por presión; en tanto que, el 56.67% tiene un conocimiento regular, y el 16.67% de los evaluados tienen un nivel de conocimiento bajo; los porcentajes de conocimiento de nivel alto y regular garantizan una debida atención en el cuidado de la piel del paciente oncológico geriátrico; al respecto Cortijo-Palacios Xamanek *et al.*, (2020) indican que las úlceras por presión son lesiones de la piel que pueden afectar al músculo e incluso al hueso y están causadas por una combinación de factores entre los que destacan la presión, la tracción y el cizallamiento, siendo determinante la relación presión/tiempo para su aparición. Pueden darse en cualquier localización, aunque las más frecuentes son las prominencias óseas. (23)

## CONCLUSIONES

1. Los cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 tienen un nivel de conocimiento regular en su mayoría (63.33%), acerca de cuidados paliativos domiciliarios lo que garantiza la calidad de cuidados que el paciente requiere en sus domicilios.
2. El nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **dolor** oncológico es alto de la gran mayoría (56.67%); lo que indica que los cuidadores han adquirido y desarrollado conocimientos adecuados para la atención a los pacientes oncológicos geriátricos respecto a los dolores oncológicos; además, los cuidadores evaluados están aptos para integrarse en trabajos multidisciplinarios a fin de lograr mitigar los dolores oncológicos.
3. El nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión alimentación es baja (36.67%) de la mayor parte de los evaluados, lo cual se asocia con los cuadros de desnutrición y pérdida de peso que presentan los pacientes sobre todo en la fase final.
4. El nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión eliminación es regular (63.33%) de la mayor parte de los evaluados, lo que indica el manejo adecuado del estreñimiento de los pacientes oncológicos geriátricos.

5. El nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **Higiene corporal** es regular (50%) de la mayoría de los cuidadores, lo que implica que conocen de la importancia y el orden de la higiene corporal que deben desarrollar en pacientes oncológicos geriátricos a fin de mejorar la calidad de vida.
6. El nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021, en la dimensión **cuidados de la piel** es regular de la mayoría de los evaluados (56.67%) esto indica que se garantiza una debida atención en el cuidado de la piel del paciente oncológico geriátrico.

## RECOMENDACIONES

1. Tomar como referencia los resultados de la presente investigación para desarrollar otros estudios a cerca de cuidados paliativos domiciliarios para lograr la calidad de cuidados que el paciente requiere en sus domicilios.
2. Incentivar y mejorar el nivel de conocimientos de los cuidadores acerca de cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos en casa, particularmente para el manejo y control de los dolores oncológicos, alimentación adecuada de pacientes, eliminación, higiene corporal y cuidados de piel a fin de mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.
3. Motivar a los cuidadores domiciliarios de pacientes oncológicos geriátricos en casa a que puedan integrarse en trabajos multidisciplinarios a fin de lograr mitigar los dolores oncológicos y los demás síntomas de las enfermedades terminales que generalmente aquejan a los pacientes geriátricos.
4. El profesional de enfermería debe participar de capacitaciones a cuidadores de pacientes oncológicos geriátricos en domicilio, para mejorar su calidad de atención desde el enfoque profesional y humanitario.
5. Fomentar mecanismo de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados para permitir la adaptación de los pacientes oncológicos y familiares sobre el proceso y mejorar la estructura familiar del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diario Oficial del Bicentenario “El Peruano”, Ley N° 30846. [Internet].; 2018 [Citado 2021 abril 19]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-crea-el-plan-nacional-de-cuidados-paliativos-para-en-ley-n-30846-1693156-1/>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional, 1950-2070, Boletín de Análisis Demográfico N° 38. [Internet].; 2019 [citado 2021 abril 19]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1665/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1665/libro.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre Cuidados Paliativos: Datos y cifras. [Internet].; 2020 [Citado 2021 abril 19]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. INFOCOP ONLINE, El 90% de las personas que necesitan Cuidados Paliativos no los recibe [Internet].; 2014 [Citado 2021 abril 19]. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=5035](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5035)
5. Ministerio de Salud. Prevención y Control del Cáncer: Programa presupuestal 0024. [Internet].; 2021 [Citado 2021 abril 20]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2\\_6.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf)
6. Arcos R, Juárez J. Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados paliativos. Universidad de Jaén-España. [Internet].; 2016 [Citado 2021 abril 20]. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/2816>
7. Ticiane Dionizio De Sousa Matos, Silmara Meneguín, María De Lourdes Da Silva Ferreira, Helio Amante Miot. Calidad de vida y *coping* (afrentamiento) religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. Revista Latinoamericana de Enfermagem - Brasil, enero-2017.

8. Juvencio Bautista Antonio. Programa Domiciliario de Cuidados Paliativos con Metodología de Marco Lógico, Maestría Enfermería, México, Universidad Autónoma de Querétaro, 2017.
9. Ileana León León, Niurka Rodríguez López, Blanca Rosa Pérez Romero, Ana María Santana Paneque. Evaluar nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos en personal de enfermería. Policlínica 2 “Ángel Ortiz Vázquez”. Manzanillo - Cuba, 2016. [Internet].; 2017 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/view/293>
10. Aruma Hernández Dorta. Revisión bibliográfica: Beneficios de los cuidados paliativos en domicilio, 2018, Universidad de la Laguna. España. [Internet].; 2018 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9114/Revision%20bibliografica%20Beneficios%20de%20los%20cuidados%20paliativos%20domiciliarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Piscoya Siaden y Walter Antonio, Efectividad de los cuidados paliativos domiciliarios en adultos mayores del complejo hospitalario Guillermo Kaelin de la Fuente, 2018, título de maestría, Universidad Cesar Vallejo, Lima Perú. [Internet].; 2018 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/24664>
12. Álvarez Limaylla, Cintia Yabelly y Gonzales López, Maricielo Belén. Conocimientos y actitudes del cuidador primario sobre cuidados paliativos en un hospital de Lima, 2019, Licenciatura enfermería, Lima Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Internet].; 2019 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6699/Conocimiento\\_AlvarezLimaylla\\_Cinthy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6699/Conocimiento_AlvarezLimaylla_Cinthy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Rojas Vega Oriele Ysabel. Efectividad de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida en pacientes oncológicos, 2019, título segunda especialidad enfermería, Perú, Universidad Privada Norbert Wiener. [Internet].; 2019 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3415>
14. Storace Porras Ángelo y Figueroa Torreion Alejandro. Propuesta de un modelo de negocio basado en la atención domiciliar de pacientes oncológicos, que requieren cuidados paliativos "PALIACARE", 2018, Maestría Administración Empresas, Perú, Universidad Nacional de Ciencias Aplicadas. [Internet].; 2018 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/624664?show=full>
15. Ríos Salas Víctor Hugo y Torres Gutiérrez, Beatriz Alexandra. Efectividad de los cuidados paliativos en cuidados intensivos, 2019, Título de Especialidad en Cuidados Intensivos Enfermería, Perú, universidad privada Norbert Wiener. [Internet].; 2018 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/2983#:~:text=Conclusion%3%B3n%3A%20los%20cuidados%20paliativos%20en,en%20cuenta%20su%20aspecto%20biopsicosocioespiritual>.
16. Karlsson M. Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2013. [Internet].; 2019 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062019000200022#:~:text=Karlsson%20y%20equipo%20observaron%20que,mucosa%20oral%20alterada%20y%20dolor](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000200022#:~:text=Karlsson%20y%20equipo%20observaron%20que,mucosa%20oral%20alterada%20y%20dolor).
17. Pina P. Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession Revista de Enfermagem Referência. 2014. [Internet].; 2019 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062019000200022#:~:text=En%20esa%20l%C3%ADnea%2C%20el%20modelo,enfermedades%20graves%20y%20a%20largo%20plazo.&text=La%20persona%20o%20el%20grupo,varios%20al%20mismo%20tiempo19](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000200022#:~:text=En%20esa%20l%C3%ADnea%2C%20el%20modelo,enfermedades%20graves%20y%20a%20largo%20plazo.&text=La%20persona%20o%20el%20grupo,varios%20al%20mismo%20tiempo19).

18. Johnston et al. An exploration of self-management support in the context of palliative nursing: a modified concept analysis BMC Nursing 2014. [Internet].; 2019 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062019000200022#:~:text=En%20esa%20l%C3%ADnea%2C%20el%20modelo,enfermedades%20graves%20y%20a%20largo%20plazo.&text=La%20persona%20o%20el%20grupo,varios%20al%20mismo%20tiempo19](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000200022#:~:text=En%20esa%20l%C3%ADnea%2C%20el%20modelo,enfermedades%20graves%20y%20a%20largo%20plazo.&text=La%20persona%20o%20el%20grupo,varios%20al%20mismo%20tiempo19).
19. Natalie Figueredo Borda, Mirliana Ramírez-Pereira, Selene Nrczyk y Valeria Díaz-Videla. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento para los cuidados paliativos. [Internet].; 2019 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062019000200022](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062019000200022)
20. Cecilia Sepúlveda, Amanda Marlin, Tokuo Yoshida, y Andreas Ullrich, Cuidados Paliativos: La Perspectiva Global de la Organización Mundial de la Salud. [Internet].; 2002 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12231124/>.
21. Organización Mundial de la Salud. Cáncer: Cuidados paliativos. [Internet].; 2017 [Citado 2021 abril 19]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20mejoran%20la,vida%20y%20durante%20el%20duelo>.
22. Navarro-Hernández M. Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención. Atención Familiar 2017;24(3):95-96 [Internet].; 2017 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73026>

23. Cortijo-Palacios Xamanek, Contreras-Bello Rafael, Gutiérrez-García Celina, Cadena-Barajas Martín y Cibrián Llanderal Tamara. Descripción y análisis de la sintomatología asociada al dolor en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Rev Biomed. 2020;31(3):117-124. [Internet].; 2020 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/781>
24. Hugo Antonio Fornells. Cuidados Paliativos en el domicilio. Acta Bioethica 2000; 6(1). [Internet].; 2000 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100005)
25. Sepúlveda, Marlin, Yoshida y Ullrich, Cuidados Paliativos: La Perspectiva Global de la Organización Mundial de la Salud. [Internet].; 2002 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12231124/>
26. Instituto Pallium Latinoamérica, Medicina Paliativa, Argentina. [Internet].; 2021 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://www.pallium.com.ar/>
27. Ramos Muñoz, Venegas Ojeda, Medina Osis, Guerrero León, y Cruz Martínez, Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Ministerio de Salud. [Internet].; 2002 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
28. Organización Mundial de la Salud. WHO Definition of Palliative Care. WHO, [Internet].; 2021 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
29. National Consensus Project for Quality Palliative Care, **Clinical practice guidelines for quality palliative care**. Pautas de cuidados paliativos. Vol. 17. 2018. [Internet].; 2018 [Citado 2021 abril 21]. Disponible en: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>

30. Oxford Languages. El Diccionario de español. Disponible en: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
31. José Robles raya, Ramón Miralles Basseda, Inma Llorach Gaspar y Cervera Alemany. Definición y Objetivos de la especialidad de Geriátrica, Tipología de Ancianos y Población Diana. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/S35-05%2001 I.pdf>
32. Debra Bakerjian y Betty Irene Moore, Atención domiciliar School of Nursing, fUCDavis. Última modificación del contenido feb. 2018. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Debra+Bakerjian+y+Betty+Irene+Moore,+Atenci%C3%B3n+domiciliar+School+of+Nursing,+UC+Davis.&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwiBtszS7Y\\_wAhW1qJUCHaNWA1cQBSgAegQIARA0&biw=681&bih=590](https://www.google.com/search?q=Debra+Bakerjian+y+Betty+Irene+Moore,+Atenci%C3%B3n+domiciliar+School+of+Nursing,+UC+Davis.&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwiBtszS7Y_wAhW1qJUCHaNWA1cQBSgAegQIARA0&biw=681&bih=590)
33. Portal de las Personas con Discapacidad. El cuidador: Concepto y perfil. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil#:~:text=El%20cuidador%20o%20cuidadores%20son,familiares%2C%20personal%20contratado%20o%20voluntario.>
34. Colegio Médico del Perú, Acta Médica Peruana, vol. 36 N° 2, Lima abril/junio. 2019. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172019000200010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010)
35. Apezetxea Celaya, (2012). El registro de Nutrición Artificial Domiciliaria y ambulatoria de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral; Análisis DAFO. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226790058.pdf>
36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2008). El tratamiento de cáncer de esófago y gástrico. Vol. 20, N° 7, P528-529, 01 de setiembre de 2008.

Disponible en: [https://www.clinicaloncologyonline.net/article/S0936-6555\(08\)00249-5/fulltext](https://www.clinicaloncologyonline.net/article/S0936-6555(08)00249-5/fulltext)

37. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2015. Disponible en: [https://www.secpal.com/biblioteca\\_guia-cuidados-paliativos\\_8-tratamiento-de-sintomas-digestivos](https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_8-tratamiento-de-sintomas-digestivos)

## **ANEXOS**

Anexo 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?	Determinar el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.	Existe nivel regular de conocimiento del cuidador sobre cuidados paliativos domiciliarios en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor</li> <li>• Alimentación</li> <li>• Eliminación</li> <li>• Higiene</li> <li>• Cuidado de la piel</li> </ul>	<p><b>Método de investigación</b> Universal: Científico Genérico: Prospectivo. Específico: Estadísticos.</p> <p><b>Tipo de investigación:</b> Básica</p> <p><b>Nivel de investigación:</b> Descriptivo.</p> <p><b>Diseño</b> Transversal descriptivo simple. M → O</p> <p>Donde: M: muestra O: observación</p> <p><b>Técnicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuestas</li> <li>- Análisis documental</li> </ul> <p><b>Instrumento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario</li> </ul>
<b>+PROBLEMAS ESPECIFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre el dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre el dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.</li> <li>• Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.</li> <li>• Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.</li> <li>• Identificar el nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel de conocimiento del cuidador sobre dolor en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.</li> <li>• El nivel de conocimiento del cuidador sobre alimentación en pacientes oncológicos geriátricos de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.</li> <li>• El nivel de conocimiento del cuidador sobre eliminación en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es regular.</li> <li>• El nivel de conocimiento del cuidador sobre higiene en pacientes oncológicos geriátricos,</li> </ul>	Cuidados paliativos		

<p>pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021?</p>	<p>de una clínica privada de Huancayo 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021.</li> </ul>	<p>de una clínica privada de Huancayo 2021 es buena.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel de conocimiento del cuidador sobre cuidados de la piel en pacientes oncológicos geriátricos, de una clínica privada de Huancayo 2021 es buena.</li> </ul>			<p>- Fichas textuales.</p>
--	---	--	--	--	----------------------------

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS GERIÁTRICOS, DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE HUANCAYO 2021

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Cuidados paliativos	Representa una forma que busca aumentar y mantener la calidad de vida de los pacientes y su entorno que enfrentan una enfermedad terminal, crónica, lo cual se puede lograr mediante prevención, alivio del sufrimiento, manejando problemas físicos, psicosocial y espiritual. (28)	La variable cuidados paliativos se medirá por medio del nivel de conocimiento que poseen los cuidadores respecto al dolor, alimentación, eliminación, higiene y cuidado de la piel. Para ello se aplicará un cuestionario diseñado y validado por expertos profesionales en salud, que consta de 20 preguntas.	<b>DOLOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos de dolor.</li> <li>▪ Utilidad de la alita subcutánea</li> <li>▪ Cuidados en la administración de analgésico por vía subcutánea.</li> </ul>	Bueno 55-80 puntos
			<b>Alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alimentación por sonda.</li> <li>▪ Tipos de alimentación por sondas.</li> <li>▪ Cuidados en la alimentación por sonda.</li> <li>▪ Complicaciones de la alimentación por sonda.</li> </ul>	Regular 28-54 puntos
			<b>Eliminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estreñimiento.</li> <li>▪ Manejo del estreñimiento.</li> </ul>	Bajo. 0-27 puntos
			<b>Higiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Higiene corporal</li> <li>▪ Orden de la higiene corporal.</li> <li>▪ Técnica de Cepillado.</li> </ul>	
			<b>Cuidado de la piel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ulcera por presión.</li> <li>▪ Cuidados de úlceras por presión</li> <li>▪ Complicaciones de úlceras por presión.</li> <li>▪ Disnea.</li> <li>▪ Cuidados la falta de aire.</li> </ul>	

### Anexo 3

#### CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADORES SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR

Creado por: Lic. Melissa Cecilia Yépez Vásquez, Lic. Solcire Goicochea Torres y Lic. Katherine Marcelo Rivera.

**INTRODUCCIÓN:** el siguiente estudio es confidencial de los datos vertidos en el cuestionario y quedará en el anonimato. Es voluntariedad del paciente participar. Sino desea puede retirarse:

##### I. Datos generales

Edad: ..... Sexo: .....

##### II. Datos específicos

Marque con un X la respuesta correcta, eligiendo solo una.

##### 1. ¿Sabe Ud. ¿Qué es cuidados paliativos?

- a) Es cuidado que se da en un tiempo corto y que no requiere ayuda.
- b) Es el cuidado que se da a personas con enfermedad curable.
- c) Es el cuidado que brinda solamente la enfermera (o).
- d) Es el cuidado a personas con enfermedades graves con el fin de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

##### 2. ¿Cuáles son los problemas físicos que tiene un paciente oncológico?

- a) Dolor, estreñimiento, caquexia, mucositis.
- b) Dolor, alimentación, eliminación, higiene, comodidad y confort.
- c) Dolor leve, adelgazamiento, ulceración en boca.
- d) Alimentación, dolor, estreñimiento.

##### 3. ¿Qué es el dolor oncológico?

- a) Es una manifestación desagradable e inevitable que siente un ser vivo que puede ser leve o intenso.
- b) Es una sensación de desahogo, donde se libera energía.
- c) Es un síntoma que solo se manifiesta en el cerebro.
- d) Es un síntoma que se puede controlar.

##### 4. ¿Qué tipo de dolor tiene el paciente oncológico?

- a) Agudo y crónico.
- b) Intenso y ligero.
- c) Leve, severo.
- d) Muy fuerte, crónico.

##### 5. ¿Sabe para qué sirve la alita subcutánea y en qué casos se usa?

- a) Se administra la hidratación del paciente.
- b) Para administrar en dosis pequeñas su medicación y ayuda a controlar el dolor del paciente.
- c) Mejora solo el síntoma de nauseas.
- d) Solo para administrar tratamiento del cáncer.

**6. ¿Cuáles son cuidados de la alita subcutánea?**

- a) Lavarse las manos antes de la administración del medicamento y observar si hay signos de alarma.
- b) Ponerse guantes y administrar medicamento.
- c) Administrar el medicamento y observar la piel.
- d) Cubrir la alita subcutánea después de la administrar la medicación.

**7. ¿La alimentación por sonda?**

- a) Es la administración de nutrientes necesarios de forma líquida y de tratamiento médico que necesita el paciente que no puede comer porciones pequeñas por la boca.
- b) Es administración de solo alimentos molidos y conservados temperatura ambiente.
- c) Sirve sólo para tomar sus pastillas molidas y sin ser diluidas.
- d) Se utiliza solo para administrar agua.

**8. ¿Qué tipo de sonda de alimentación conoce?**

- a) Sonda nasogástrica, nasoyeyunal , nasoduodenal.
- b) Sonda nasogástrica, yeyunostomia.
- c) Sonda Foley, nasogástrica.
- d) Sonda nelaton, nasoyeyunal.

**9. ¿Cuáles son los cuidados previos para la alimentación de sonda nasogástrica?**

- a) Lavarse las manos, colocar al paciente en 30 grados.
- b) Ponerse la mascarilla y lavarse las manos.
- c) Preparar el septo jeringa y lavarse las manos.
- d) Preparar el septo jeringa, acostar al paciente y colocarse la mascarilla.

**10. ¿Qué complicaciones no debe presentar durante la alimentación por sonda?**

- a) Obstrucción de la sonda, náuseas, vómitos.
- b) Náuseas y falta de aire.
- c) Dolor de cabeza.
- d) Cólicos.

**11. ¿Qué es estreñimiento?**

- a) Es el movimiento lento de las heces que resulta en el paso de heces secas y duras.
- b) Es cuando no realiza deposiciones de solo 1 día.
- c) Es cuando realiza deposiciones en pocas cantidades.
- d) Es cuando no realiza deposiciones por disminución de apetito.

**12. ¿Qué debe hacer cuando su paciente tiene estreñimiento?**

- a) Llevarle a emergencia al hospital más cercano.
- b) Usar laxantes o supositorios indicados.
- c) Proporcionarle laxantes sin prescripción médica.
- d) Proporcionarle solo alimentos ricos en fibras.

- 13. ¿Qué es la higiene corporal para Ud.?**
- a) Es mantener la piel íntegra y evitar enfermedades y lesiones de la misma.
  - b) Es sólo realizar higiene de las partes se no se encuentran aseadas.
  - c) Es para disminuir enfermedades.
  - d) Es sólo realizar la higiene una vez por semana.
- 14. ¿En qué orden se debe realizar la higiene corporal?**
- a) Solo cabeza, axila y zona genital.
  - b) Cabello, cara, cuello, tórax, axila, brazos,
  - c) Extremidades superiores y finalizar por la zona genital.
  - d) Solo b y c.
- 15. ¿Qué cuidados tendría Ud. ¿En cuenta en la higiene de la boca?**
- a) Cepillar suavemente con un cepillo de dientes suave y realizar enjuagues bucales (colutorios).
  - b) Lavado diario con enjuague bucal.
  - c) Lavado solo con agua.
  - d) Usar solo torundas para limpiar la boca.
- 16. Sabe Ud. ¿Qué son las úlceras por presión?**
- a) Son heridas que se producen en la piel por no realizar higiene corporal.
  - b) Son lesiones de la piel producidas como consecuencia de la disminución de la circulación sanguínea.
  - c) Son lesiones que solo ocurren por disminución de alimentos.
  - d) Son heridas causadas por el tratamiento de quimioterapia.
- 17. ¿Qué complicaciones tienen las úlceras por presión?**
- a) Infección de la herida, enrojecimiento de la herida.
  - b) Infección bacteriana, infección generalizada.
  - c) Infección de sólo la piel.
  - d) Muerte.
- 18. ¿Qué medidas se debe tener en cuenta para prevenir las úlceras por presión?**
- a) Movilizar al paciente cada dos horas, prevenir la fricción, sequedad excesiva
  - b) Realizar caminata diaria, y realizar baños diarios.
  - c) No usar tratamiento médico en la úlcera por presión.
  - d) Lavar la herida cada dos horas sin movilizar al paciente.
- 19. ¿Sabe Ud. ¿Qué es la falta de aire?**
- a) Se define como la sensación disminución de aire.
  - b) Es falta de aire causada por la ansiedad.
  - c) La falta de aire es por causa de un problema psicológico.
  - d) Producida por una enfermedad contagiosa.
- 20. ¿Qué Manejo terapéutico por falta de aire la daría usted a su paciente?**
- a) Movilizar al paciente cada hora.
  - b) Realizar apoyo con oxigenoterapia a largo plazo.
  - c) Poner al paciente un ventilador para brindarle aire.
  - d) Usar tratamiento farmacológico.