

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE AL CUIDADO DE
ENFERMERÍA Y FAMILIAR, UNIDAD DE CANCEROLOGÍA HUHMP, NEIVA-
HUILA, JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010.

CAMILO GÓMEZ TOVAR
HEYBER ARTURO CANO BAQUERO
LUISA FERNANDA CORDERO PEÑA
LUIS ALBEIRO PERDOMO SANDOVAL
SANDRA CONSTANZA VERA BONILLA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2010

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE AL CUIDADO DE
ENFERMERÍA Y FAMILIAR, UNIDAD DE CANCEROLOGÍA HUNMP, NEIVA-
HUILA, JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010.

CAMILO GÓMEZ TOVAR
HEYBER ARTURO CANO BAQUERO
LUISA FERNANDA CORDERO PEÑA
LUIS ALBEIRO PERDOMO SANDOVAL
SANDRA CONSTANZA VERA BONILLA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Profesional en
Enfermería

Asesor
EDILBERTO SUAZA CALDERÓN
Enfermero Epidemiólogo

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA-HUILA
2010

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Diciembre 09 de 2010

DEDICATORIA

Agradecemos a Dios por la esperanza que nos mueve, el amor que nos da y por permitirnos la luz para prepararnos para cumplir la misión que nos encomendó.

A nuestros padres, por su amor, comprensión, paciencia y apoyo incondicional.

A nuestros amigos, por sus sueños y serenidad que alientan nuestras vidas.

Camilo
Heyber Arturo
Luis Albeiro
Luisa Fernanda
Sandra Constanza

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A la Universidad Surcolombiana, por su receptividad y apoyo a la investigación científica desde el concepto de balance social, factor que nos permite una verdadera formación integral con capacidad para formular propuestas de innovación en el cuidado holístico hacia los pacientes.

Al personal administrativo de la Unidad de Cancerología Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que con su colaboración y apoyo hizo posible este trabajo investigativo.

Al asesor Enfermero Epidemiólogo Edilberto Suaza Calderón, quien nos orientó con sus mejores aportes académicos, su dedicación, amor y valentía, logrando despertar en nosotros motivos de trabajo y de transformación humana.

A cada uno de los pacientes, por su generosa colaboración.

A nuestros compañeros, quienes nos ayudaron a desarrollar la amistad y la empatía necesaria para trabajar en equipo y lograr construir juntos una propuesta de reflexión ética, válida para los profesionales de Enfermería.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4. MARCO DE REFERENCIA	24
4.1 PERCEPCIÓN	24
4.1.1 Características de la percepción	24
4.1.2 Componentes de la percepción	25
4.2 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANIZADO	25
4.2.1 Conceptos de la teoría del cuidado humano de Jean Watson	26
4.2.1.1 Interacción enfermera- paciente	26
4.2.1.2 Campo fenomenológico	27
4.2.1.3 Relación de cuidado transpersonal	27
4.2.1.4 Momento de cuidado	28
4.3 CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO	31

	pág.
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
6. DISEÑO METODOLÓGICO5.	39
6.1 TIPO DE ESTUDIO	39
6.3 MUESTRA	39
6.4 TIPO DE MUESTREO	40
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	40
6.5.1 Criterios de inclusión	40
6.6 UNIDAD DE ANÁLISIS	41
6.7 UNIDAD DE INFORMACIÓN	41
6.8 CARACTERIZACIÓN DEL INSTRUMENTO	41
6.9 PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	42
6.9.1 Validez	42
6.9.2 Prueba piloto	42
6.10 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	43
6.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RECOLECCIÓN	43
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
8. RESULTADOS	45
8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS ONCOLÓGICOS	45

	pág.
8.1.1 Distribución de usuarios oncológicos según procedencia	48
8.1.2 Distribución usuarios oncológicos según hospitalización ó ambulatorio	50
8.2 COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN PERCEPCIÓN DEL USUARIO ONCOLÓGICO	50
8.2.1 Percepción del usuario oncológico en la categoría características de la enfermera frente al cuidado de enfermería, Unidad de Cancerología HUHMP	54
8.3 COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO FAMILIAR SEGÚN PERCEPCIÓN DEL SUJETO DE CUIDADO	56
8.4 COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO FAMILIAR	63
8.5 INFLUENCIA QUE EJERCE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA EDAD SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO FAMILIAR.	63
8.6 INFLUENCIA QUE EJERCE LA CONDICIÓN DE USUARIO AMBULATORIO U HOSPITALIZADO EN LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIA	64
9. CONCLUSIONES	65
10. RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	68

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución usuarios con diagnóstico de cáncer	45
Tabla 2. Distribución de usuarios oncológicos según grupos de edad	47
Tabla 3. Distribución usuarios oncológicos según sexo	47
Tabla 4. Distribución de usuarios oncológicos según nivel socioeconómico	48
Tabla 5. Distribución usuarios oncológicos según nivel educativo	49

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distribución usuarios según el tipo de tratamiento	46
Figura 2. Distribución usuarios oncológicos según estado civil	49
Figura 3. Percepción del usuario oncológico en la categoría sentimientos del paciente frente al cuidado de enfermería	50
Figura 4. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo emocional frente al cuidado de enfermería	51
Figura 5. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo físico frente al cuidado de enfermería	52
Figura 6. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo espiritual frente al cuidado de enfermería	53
Figura 7. Percepción del usuario oncológico en la categoría proactividad frente al cuidado de enfermería	54
Figura 8. Percepción del usuario oncológico en la categoría priorizar al ser cuidado frente al cuidado de enfermería	55
Figura 9. Percepción del usuario oncológico frente al cuidado de enfermería	56
Figura 10. Percepción del usuario oncológico en la categoría sentimientos del usuario frente al cuidado familiar	56
Figura 11. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo físico frente al cuidado familiar	57
Figura 12. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo espiritual frente al cuidado familiar	58
Figura 13. Percepción del usuario oncológico en la categoría características de la familia frente al cuidado familiar	59
Figura 14. Percepción del usuario oncológico en la categoría proactividad frente al cuidado familiar	60

pág.

Figura 15. Percepción del usuario oncológico en la categoría priorizar al ser cuidado frente al cuidado familiar	61
Figura 16. Percepción del usuario oncológico frente al cuidado familiar	62
Figura 17. Comparación entre percepción del usuario oncológico frente al cuidado de enfermería y familiar	63

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Consentimiento informado	69
Anexo B. Instrumento de recolección de la información	70
Anexo C. Tablas de presupuesto	76
Anexo D. Cronograma de actividades	79

GLOSARIO

AFRONTAMIENTO: es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación.

ALEATORIO: lo que depende de la suerte o el azar.

ASEVERACIÓN: declarar que una cosa es cierta.

AUNADO: juntar varias cosas para que conformen una sola.

BIOPSIA: procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido para examinarla al microscopio.

BIOPSICOSOCIAL: enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

CARCINÓGENOS: es aquél que puede actuar sobre los tejidos vivos de tal forma que produce cáncer.

DEONTOLÓGICA: conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia.

ETÁREO: relativo a la edad.

FACTORES DE RIESGOS: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

FENOMENOLÓGICO: es una parte o ciencia de la filosofía que estudia y analiza los fenómenos lanzados a la conciencia, es decir, las esencias de las cosas.

GENUINIDAD: que conserva sus características propias o naturales y no es falso ni de imitación.

HOLÍSTICO: concepción basada en la integración total frente a un concepto o situación.

INCIDENCIA: número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período determinado.

INTERPERSONAL: interacción por medio de la comunicación que se desarrolla o se entabla entre una persona y el grupo al cual pertenece.

INTERSUBJETIVO: significados compartidos construidos por la gente en sus interacciones, y usado como recurso cotidiano para interpretar el significado de los elementos de la vida cultural y social.

INTROVERSIÓN: acción y efecto de penetrar el alma humana dentro de sí misma, abstrayéndose de los sentidos.

JEAN WATSON: destacada teórica contemporánea de enfermería, ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

LINFOMA: conjunto de enfermedades cancerosas que se desarrollan en el sistema linfático, que también forman parte del sistema inmunitario del cuerpo humano.

MECANIZADO: dar la regularidad de una máquina a las acciones humanas.

METÁSTASIS: propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició. Ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

MULTIDISCIPLINAR: conjunto de conocimientos y experiencias en campos diferentes, orientados al mismo fin.

ONCOLÓGICO: relativo a la oncología, la cual es una especialidad médica que estudia los tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer.

OSTENSIBLE: que puede manifestarse o mostrarse.

OSTEOSARCOMA: cáncer óseo que aparece por lo general en cualquiera de los extremos de la diáfisis de un hueso largo. Los huesos en los que aparece más frecuentemente son el fémur, la tibia y el húmero.

PENSUM ACADÉMICO: total de materias que conforman los cursos dentro de una organización.

PERCEPCIÓN: proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO: estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

PROACTIVIDAD: actitud en la que el sujeto asume el pleno control de su conducta vital de modo activo, lo que implica la toma de iniciativa en el desarrollo de acciones creativas y audaces para generar mejoras, haciendo prevalecer la libertad de elección sobre las circunstancias de la vida.

PROLIFERATIVO: grupo de trastornos no cancerosos que se distinguen por un aumento en la formación de ciertas células en cualquier órgano; presentar uno de estos trastornos puede aumentar el riesgo de cáncer.

QUIMIOTERAPIA: fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas.

RADIOTERAPIA: forma de tratamiento para enfermedades neoplásicas basado en el empleo de radiaciones ionizantes como los rayos X o radiactividad, la que incluye los rayos gamma y las partículas alfa.

RESILIENCIA: capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional o traumas.

SEDENTARISMO: carencia de actividad física fuerte como el deporte, que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas y sociales.

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA: evidencias estadísticas de que hay una diferencia; no significa que la diferencia sea grande, importante, o significativa en el sentido estricto de la palabra.

TRANSPERSONAL: se refiere a las experiencias, procesos y eventos que trascienden nuestra limitada sensación habitual de identidad y nos permiten experimentar una realidad mayor y más significativa.

RESUMEN

Esta investigación es de tipo descriptivo transversal con enfoque cuali-cuantitativo, cuyo objetivo principal es describir la percepción del usuario oncológico frente al cuidado brindado por parte del personal de enfermería y su familia.

Se aplicó un cuestionario tipo likert a 94 pacientes, quienes recibieron tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia en la Unidad de Cancerología, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, en el período Julio a Septiembre del año 2010, el cual permitió describir el comportamiento del cuidado humanizado en cada una de las categorías fundamentadas por la teorista en enfermería Jean Watson.

Los resultados del estudio señalaron a nivel sociodemográfico que el cáncer se presenta en mayor proporción en el género femenino y se concentra especialmente a partir de los 46 años, siendo el cáncer de mama, próstata y cérvix los más representativos. Además se determinó que la mayoría de los participantes tienen una pareja estable y el nivel educativo que predomina es primaria y bachiller.

La percepción frente al cuidado de enfermería y el cuidado familiar fue buena, aunque se encontró una mayor favorabilidad hacia el cuidado de enfermería. Lo anterior afirma que los usuarios en la Unidad de Cancerología reciben una atención biopsicosocial evocando en el paciente sentimientos de apoyo emocional, físico y espiritual dando respuesta a las necesidades de los pacientes. En cuanto al cuidado familiar se encontraron falencias principalmente con los sentimientos del usuario y la proactividad.

A partir de los resultados se recomienda implementar estrategias educativas relacionadas con prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables en los diferentes centros de formación académica; la utilización del instrumento para evaluar el cuidado que ofrece el personal de enfermería en las diferentes unidades e instituciones donde se brinda atención a las personas con diagnóstico de cáncer, con el fin de alcanzar la calidad en la prestación de los servicios a esta población.

PALABRAS CLAVES: percepción, biopsicosocial, cuidado, oncológico, quimioterapia, radioterapia, proactividad,

ABSTRACT

This investigation is of descriptive trasversal type with cuali-quantitative approach, which principal aim is to describe the perception of the oncologic user opposite to the care offered on the part of the personnel of nursing and his family.

A likert type questionnaire was applied to 94 patients, who received treatment of chemotherapy and / or radiotherapy in Cancerología's Unit, of the Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva's city university Hospital , in the period of July on September, 2010, which allowed to describe the behavior of the care humanized in each one of the categories based by theorist in nursing Jean Watson.

The results of the study indicated to sociodemographic level that the cancer appears in major proportion in the feminine kind and centers specially from 46 years, being the cancer of breast, prostate and cérvix the most representative. In addition one determined that the majority of the participants have a stable pair and the educational level that prevails is primary and a graduate.

The perception opposite to the care of nursing and the familiar care was good, though a major favorabilidad was towards the care of nursing. The previous thing affirms that the users in Cancerología's Unit receive an attention biopsicosocial evoking in the patient feelings of emotional, physical and spiritual support giving response to the needs of the patients. As for the familiar care they found failings principally with the feelings of the user and the proactivity.

From the results it's recommended to implement educational strategies related to practices of autocare and healthy ways of life in the different centers of career education; the utilization of the instrument to evaluate the care that offers the personnel of nursing in the different units and institutes where attention to the persons is offered by diagnosis of cancer, in order to reach the quality in the presentation of the services to this population

KEY WORDS: perception, biopsicosocial, taken care, oncological, chemotherapy, radiotherapy, proactivity

INTRODUCCIÓN

Actualmente una de las situaciones que más repercusiones a nivel social conlleva es el relacionado con el cáncer. Se estima que más del 40% de todos los cánceres se pueden prevenir. Sin embargo, el pronunciado aumento de algunos factores de riesgo, como el consumo de tabaco y la obesidad, está contribuyendo a aumentar la incidencia de la enfermedad, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios. Las rápidas transformaciones del entorno mundial, consecuencia de la globalización de los mercados y de la urbanización, están propiciando un aumento del consumo de alimentos elaborados ricos en grasas, azúcar y sal, así como de productos de tabaco, un menor consumo de frutas y verduras, además de un estilo de vida más sedentario. El resultado es que la incidencia de cáncer y de otras enfermedades crónicas está aumentando.

Es preciso resaltar que el cáncer conlleva a una serie de alteraciones a nivel biológico, psíquico, social y espiritual, situación que nos remite a brindar un cuidado de manera holístico, teniendo en cuenta todas las necesidades que se arraigan en este tipo de población; por tal motivo se considera necesario llevar a cabo una investigación basada en la teoría del cuidado humanizado de la teórica Jean Watson. Investigación que pretende describir la percepción del paciente oncológico frente al cuidado de enfermería y familiar, en los usuarios de la Unidad Cancerológica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva-Huila durante el período de Julio a Septiembre de 2010.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aún en nuestros tiempos al referirnos a la palabra cáncer es inevitable no pensar en muerte, por lo que es preciso en este tipo de población hacer justa relación de estos sustantivos. De ahí que la persona al ser diagnosticada con esta patología muestre cierta actitud negativa que se manifiesta en depresión, angustia y duelo anticipado, por lo que es importante en esta situación contar con el apoyo emocional tanto de la familia como del personal de salud.

Estudios muestran que “el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007”¹. Aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en el 2030.

Es evidente el aumento de los casos de cáncer plasmados en las cifras estadísticas, sin embargo el objetivo va mas allá de unos simples datos, éstos, por sí solos, no reflejan de manera clara la realidad que experimenta esta población. Algo muy cierto es que “Esta situación trae consigo una disfunción familiar y una significativa carga emocional, ya que deben asumirse nuevos roles y repartirse adecuadamente las responsabilidades y tareas, para adecuarse a la situación de tener un enfermo oncológico en casa”², agrega la doctora Mercedes Franco G., psicóloga coordinadora del Programa de Cuidados Paliativo, del Centro Médico Imbanaco.

Un caso preciso lo manifiesta una usuaria de la Liga contra el cáncer, de la ciudad de Neiva, cuya identidad es reservada, expresa “Es difícil imaginarse lo que se siente cuando uno es diagnosticado con cáncer, más aún cuando no se tienen los recursos para buscar ayuda médica. Como sobreviviente del cáncer, yo sé lo doloroso que es, lo desalentado que algunas veces se siente uno y lo desesperado. Más triste es aún saber que en algunas ocasiones no se cuenta con el apoyo emocional por parte de la familia y mucho menos del personal de salud”. Además el Doctor Luis Villa de la liga contra el cáncer comenta: "Como muchos

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Cáncer [en línea]. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>> [citado el 6 de Febrero de 2010].

² CENTRO MÉDICO IMBANACO. Atención domiciliaria al paciente con cáncer: PARA SUPERAR EL "NO HAY NADA QUE HACER" [en línea]. <<http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pageId=408>> [citado el 6 de Febrero de 2010].

eventos catastróficos, sólo se puede apreciar plenamente la magnitud del impacto que el cáncer causa en un individuo y en la familia cuando esta devastadora enfermedad nos asesta un golpe mortal, atacando a nuestros hijos, padres y seres queridos. Desafortunadamente, muchos de ustedes, tarde o temprano, experimentarán este desgarrador dolor”.

Se han hecho avances en el conocimiento para la atención de los usuarios víctimas del cáncer; encontrándose en la literatura expresiones tales como: “El cáncer es la única enfermedad capaz de unir al médico, al paciente y a la familia en un solo concepto. En una sola dirección. La misma naturaleza pareciera confabular este acompañamiento, como el arsenal más efectivo contra la letal enfermedad”³. Ciertamente esta expresión aplicada a la realidad es vista de manera utópica, ya que desafortunadamente la persona que se desenvuelve en este contexto y padece la enfermedad se ve excluida del supuesto concepto de unión médica, paciente y familia.

Lo anterior se corrobora con el testimonio de la hija de una víctima del cáncer, atendida en la ciudad de Neiva, quien relata “el día en que mi mami fue a tomarse la citología en la liga contra el cáncer, la enfermera de allí tomó la muestra y al ver que secretaba líquido maloliente la regañó y dijo que ya no había nada que hacer, que eso era pura irresponsabilidad. En últimas le diagnosticó cáncer que lo corroboró con la biopsia que le realizaron, pero a mi mamá nunca se le olvidaron aquellas palabras que le dijo la enfermera, desde ese momento no supo qué hacer, para mi madre todas las esperanzas de vida se habían acabado. Ese instante marcó la vida para ella, lo más importante era el futuro de mi hermano menor, situación que la llevó a pensar en acabar con la vida de mi hermano y con la de ella (tal acontecimiento no se presentó por la interferencia de un allegado)”.

Además la hija atestigua que su madre fue remitida a Bogotá en donde se le practicaron algunas quimioterapias y radioterapias pero fueron intentos fallidos, pese a que la enfermedad ya estaba muy avanzada. Tampoco contó con el apoyo de sus hijos mayores, situación que intensificaba el desagravio de su estado de salud. Al poco tiempo murió.

Caso como el anterior se evidencia a diario por lo que es preciso brindar una atención integral que garantice el cuidado conjunto de la persona, ya que de no

³ CENTRO MÉDICO IMBANACO. Atención domiciliaria al paciente con cáncer: PARA SUPERAR EL "NO HAY NADA QUE HACER" [en línea]. <<http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pageId=408>> [citado el 6 de Febrero de 2010].

ser así difícilmente se podrá dar batalla a la cruel realidad del cáncer. Justamente el Centro Médico Imbanaco (CMI), de la ciudad de Cali, señala que: “el acompañamiento de la familia puede más contra el mal, que sumado al acompañamiento médico, la calidad de vida del paciente puede mejorar en forma ostensible”⁴.

Se esperaría que la mayoría de las personas contara con el apoyo necesario, para así tener un tratamiento eficaz, ya que una de las funciones que tiene el personal de enfermería a la hora de manejar un paciente con diagnóstico de cáncer es brindarle los conocimientos y esperanzas de vida, como también llevar a cabo el rol de educador orientando a la familia sobre los cuidados y soporte emocional que se le debe garantizar al sujeto afectado, con el fin de lograr una mejor aceptación y actitud favorable frente a su tratamiento.

Por lo cual nos surge el siguiente interrogante: ¿Cuál es la percepción del usuario oncológico, frente al cuidado del personal de enfermería y su familia en la Unidad de Cancerología, Hospital Universitario de la ciudad de Neiva en el período Julio a Septiembre?.

⁴ CENTRO MÉDICO IMBANACO. Atención domiciliaria al paciente con cáncer: PARA SUPERAR EL "NO HAY NADA QUE HACER" [en línea]. <<http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pagelId=408>> [citado el 6 de Febrero de 2010].

2. JUSTIFICACIÓN

Con este estudio se pretende describir la postura que asumen los usuarios con patología de cáncer en el momento de recibir los cuidados por parte del personal de enfermería y de sus familiares. Se considera que a través de esta investigación se podrán identificar posibles falencias en el proceso de atención de enfermería para este tipo de usuarios, como también será una posible fuente para nuevos interrogantes que orienten la investigación en enfermería oncológica.

La investigación aportará aspectos muy importantes en el campo de la enfermería oncológica, puesto que se pretende crear un instrumento válido que pueda ser aplicado en diferentes instituciones donde se brinda cuidado oncológico, logrando de esta manera orientar la atención de enfermería, atendiendo los requerimientos de este grupo de personas. Además se considera de suma importancia tener en cuenta la percepción de los usuarios frente al cuidado de enfermería, ya que así se podrán realizar mejoras continuas y activas en el proceso de atención de enfermería, garantizando así un cuidado humanístico.

El estudio es viable, pues diversas instituciones que prestan cuidado a los pacientes oncológicos están interesadas en identificar el punto de vista que tienen los usuarios frente al cuidado brindado, puesto que así se podrán realizar mejoras en la atención que agraden al cliente de cuidado. La investigación es factible, ya que no se requiere mucho tiempo ni recursos para el desarrollo. Además no hay estudios relacionados con la percepción de los usuarios oncológicos frente al cuidado de enfermería y familiar, aunque cabe aclarar que con ellos se han hecho otros tipos de estudios.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de los pacientes oncológicos de la Unidad de Cancerología, Hospital Universitario H.M.P. de la ciudad de Neiva- Huila, frente al cuidado de enfermería y familiar, en el período Julio a Septiembre de 2010, con el propósito de brindar alternativas de solución con enfoque en el cuidado humanizado, frente a las posibles falencias relacionadas con el proceso de atención de enfermería.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar socio-demográficamente los sujetos en estudio.

Identificar los comportamientos del personal de enfermería y familia relacionados con el cuidado, teniendo en cuenta la percepción del usuario.

Describir las categorías de cuidado de enfermería y familiar teniendo en cuenta la percepción del usuario.

Contrastar la percepción que tiene el usuario sobre el cuidado del personal de enfermería con el cuidado familiar.

Describir la influencia que ejerce el nivel socioeconómico y la edad sobre la percepción del cuidado familiar.

Establecer la influencia que ejerce la condición de usuario ambulatorio u hospitalizado en la percepción del cuidado de enfermería y familia.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 PERCEPCIÓN

Proveniente del latín, de la palabra *perceptio*, que significa recibir, recolectar o tomar posesión de algo, la percepción es entendida por la psicología como el primer momento de elaboración cognoscitiva, es decir, la primera instancia en la cual la información recibida se transforma en un elemento conocible y comprensible. Siempre partiendo de los datos otorgados por los cinco sentidos (la vista, el olfato, el tacto, el gusto y el oído), se dice que la persona percibe la información cuando ya ha hecho un proceso de asimilación y comprensión de la misma que es, obviamente, inmediato, pero que implica una elaboración propia de la misma.

“Es el acto de recibir, interpretar y comprender a través de la psiquis las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos orgánicos. Es por esto que la percepción, si bien recurre al organismo y a cuestiones físicas, está directamente vinculado con el sistema psicológico de cada individuo que hace que el resultado sea completamente diferente en otra persona. Es, además, la instancia a partir de la cual el individuo hace de ese estímulo, señal o sensación algo consciente y transformable”⁵.

4.1.1 Características de la percepción. La percepción de un individuo se caracteriza por ser subjetiva, selectiva y temporal.

“Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

⁵ DEFINICIÓN ABC. Definición de percepción [en línea].
<<http://www.definicionabc.com/general/percepcion.php>> [citado el 8 de Febrero de 2010].

Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos”⁶

4.1.2 Componentes de la percepción. Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas que depende de dos factores: “Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.; y los factores internos que provienen del individuo, como son las necesidades (el reconocimiento de la carencia de algo), motivaciones (vinculada a las necesidades, sin embargo, no actúa siempre conjuntamente, pues una misma motivación puede satisfacer a diversas necesidades) y experiencia previa (individuo aprende de las experiencias, y esto afecta al comportamiento), y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos.”⁷

4.2 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANIZADO

Desde el siglo XIX, las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador como la persona que entrega cuidado y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción.

La doctora Jean Watson, autora de la Teoría del Cuidado Humano, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. Además define la enfermería como “ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud - enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética”. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

⁶ MEDINA VELANDIA, Juan Carlos. Percepción [en línea]. <<http://www.educacion-virtual.org/files/Percepcion.pdf>>.[citado el 8 de Febrero de 2010].

⁷ Ibid., p.25;

Los aspectos interpersonales – transpersonales - espirituales, reflejan la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

4.2.1 Conceptos de la teoría del cuidado humano de Jean Watson

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

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

4.2.1.3 Relación de cuidado transpersonal. Es la unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta permite al paciente y a la enfermera entrar en el campo fenomenológico del sujeto de cuidado. Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

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

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

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

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

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

En su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.

- El cuidado es el eje central de la enfermería.
- Es importante rescatar los comportamientos de cuidado que conforman cada categoría de cuidado como también su significado a la luz de la Teoría del Cuidado Humano de Watson:
- Categoría sentimientos del paciente: sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera- paciente (sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano). De acuerdo con Watson el ejercicio profesional de la enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, y el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
- Categoría apoyo emocional: apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.
- Categoría apoyo físico: componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son: La asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas y la provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio - cultural y espiritual.
- Categoría características de la enfermera: comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la (el) enfermera(o) como: persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos comportamientos de cuidado identifican una(o) enfermera(o) genuina(o), sincera(o), acorde con la visión de Watson en su premisa 3 de la ciencia de la Enfermería: El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado.

De acuerdo con Alvis y Col, la categoría cualidades del hacer de la enfermera, hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue la indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo.

En esta categoría se evidencia la acción de una (un) enfermera(o), dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Jean Watson corresponde a: cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y sus consecuencias.

La categoría proactividad, definida como aquellos comportamientos del enfermero(a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Para Watson la promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

La categoría priorizar al ser cuidado, Alvis y Col, definen que hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado transpersonal, ya que para Watson: el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior.

La categoría empatía, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero (a) genera

la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

La categoría disponibilidad para la atención: disposición que tiene el enfermero(a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado.

Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la (el) enfermera(o), atento a detectar el momento de cuidado, en un campo fenomenológico y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo. Watson insiste en que la (el) enfermera(o) necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

4.3 CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO

Es importante que el paciente y los familiares sientan que reciben la mejor atención posible. Para ello el personal de la salud debe entender que el paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el enfermo oncológico. Por lo que es preciso tener en cuenta el punto de vista psicológico, cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación.

El cuerpo experimenta dolor mientras el yo sufre. El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su autopercepción y produciendo agonía permanente.

La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo. Muchas personas encuentran que su religión es de gran apoyo, con frecuencia buscan ese sostén en los representantes de su fe, incluso los incrédulos se encuentran reconfortados en creer en un ser superior, por lo que es necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta este aspecto importante de la persona.

Una de las preocupaciones más importantes del enfermo oncológico es psicológica, aunque la relación con los problemas físicos es en muchos casos directa.

La pérdida de la identidad puede manifestarse de formas diferentes:

- Pérdida del papel desempeñado en el ámbito familiar y preocupación por seguir perdiéndolo.
- Pérdida del papel profesional y económico.
- Debilitación de las capacidades intelectuales.
- Temor a perder el autocontrol mental y/o físico.
- Temor a que el dolor pueda llegar a ser incontrolable.
- Miedo a morir.
- Preocupación de haberse convertido en una carga.

Por lo anterior el personal de salud y especialmente el de enfermería debe tener en cuenta unos principios bioéticos de: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, a la hora de brindar un cuidado integral al usuario. Además es necesario que el personal de enfermería y la familia, en el momento de cuidado, cuente con las siguientes cualidades como: escuchar, comprender, acompañar, ayudar, respetar, confortar y consolar. De esta manera se lograría brindar un cuidado humanizado a los usuarios oncológicos.

Por lo cual la enfermera no debe olvidar las connotaciones sociales y económicas que afectan la salud del paciente Oncológico.

Al igual que en cualquier proceso de atención de enfermería se debe tener en cuenta: una valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación

La enfermera también debe darle a conocer los diferentes cuidados a los usuarios, entre ellos:

- Importancia de la higiene. Informar e insistir en la necesidad de una higiene corporal muy cuidadosa, principalmente de la boca, (ducha diaria, lavado de orificios, cepillado de dientes, uñas cortas y limpias, etc.), para prevenir las posibles infecciones en caso de mucositis.
- Alimentación. Adecuar, en la medida de lo posible, la alimentación a los gustos de la persona, ofreciendo pequeñas cantidades cada vez y aumentando el número de tomas, si fuese preciso. No forzar y favorecer la ingesta de alimentos hipercalóricos e hiperproteicos. Evitar comidas fuertes, olorosas (fritos, condimentos, etc.) y muy calientes. Intentar no darle sus platos preferidos después de la administración de quimioterapia para evitar que los rechace por alteraciones del gusto o el olfato.
- Administración de medicación. Informar al usuario antes de la realización de técnicas dolorosas de acuerdo a su edad y situación, teniendo en cuenta que la información debe ir dirigida a tranquilizarlos.
- Valorar la presencia del familiar durante el procedimiento. Normalmente, hablamos de familiares muy conscientes del problema de su allegado, que ayudan mucho a éste y están presentes en cualquier procedimiento doloroso.
- Permitir que el usuario vea y toque los objetos por los que sienta miedo o curiosidad. Dejar que manifieste su inquietud e irritabilidad, mantener la calma y actuar sin prisas. Usar técnicas de relajación y distracción. El paciente se siente más tranquilo y colabora mejor si sabe qué se le va a hacer, con qué y que su familiar van a estar presente.
- Vómitos. Valorar los episodios, registrar la frecuencia, relacionar su aparición con las medicaciones, comidas, posturas, etc. Darle algunos consejos para disminuir la estimulación del centro del vómito.
- Lavar la boca antes de las comidas y dar un poco de Coca-cola para quitar el sabor metálico producido por la quimioterapia.

- Permanecer sentado después de las comidas.
- Restringir los líquidos durante las comidas para evitar la excesiva distensión del estómago.
- Aflojarle la ropa para que esté cómodo.
- Animarle a que coma lentamente y mastique bien.
- Planificar cuidados de forma que los procedimientos desagradables no se realicen ni antes ni después de las comidas.
- Autoestima. Proporcionarle la oportunidad de hablar con otras personas que hayan pasado por su mismo proceso y que tengan una actitud positiva. Considerar su autoestima permitiendo que se exprese sobre cómo se siente o se ve a sí mismo. Reforzar aspectos positivos de su imagen.
- Valorar la actitud de la familia respecto al problema y ayudarles a evitar actitudes negativas como sobreprotección o sentimientos de culpa.
- Atención a la familia. Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar la atención al usuario enfermo, como la situación económica de la familia, las condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda.

La primera intervención del equipo multidisciplinar será la de valorar si la familia puede emocional y prácticamente atender de forma adecuada al usuario en función de las condiciones descritas. Además, ya inicialmente debe identificarse a la persona que llevará el peso de la atención para intensificar el soporte sobre ella, revisar las vivencias y el impacto que se vayan produciendo. El trabajo de valoración de la situación familiar debe ir haciéndose periódicamente ya que puede modificarse bruscamente en función de la aparición de una crisis.

También hay que tener en cuenta que los pacientes con cáncer se sienten con frecuencia más cómodos y seguros cuando se les atiende en el hogar. Muchos pacientes quieren quedarse en casa para no separarse de su familia, de sus

amigos y de las cosas que les rodean y que les son familiares. Las atenciones a domicilio pueden ayudar a los pacientes a que logren este deseo. Esto implica a menudo un enfoque del equipo compuesto por médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, miembros de la familia, entre otros. El cuidado domiciliario puede ser a la vez remunerador y exigente tanto para los pacientes como para quienes les atienden; puede cambiar las relaciones y requerir que las familias aborden asuntos nuevos y hagan frente a todos los aspectos de asistencia al paciente. Para ayudarles a que se preparen para estos cambios, se recomienda a los pacientes y a quienes les atienden que hagan preguntas y que obtengan tanta información como sea posible del equipo de atención domiciliaria o de organizaciones dedicadas a los cuidados domiciliarios. El médico, la enfermera o el asistente social pueden proveer información acerca de las necesidades específicas del paciente, de la disponibilidad de servicios de atención domiciliaria y una lista de las agencias locales que proveen dichos servicios.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Aspectos socio demográficos de los usuarios oncológicos.	Conjunto de características que identifican a los sujetos de estudio.	Diagnóstico	CIE 10	Nominal
		Tipo de tratamiento	Radioterapia___ Quimioterapia__	Nominal
		Edad	18-25; 26-35; 36-45; 46-55; 56-65; 65 y más.	Numérica
		Sexo	Mujer_ Hombre_	Nominal
		Nivel socioeconómico	Desplazado__ estrato 1__ estrato 2__ estrato 3__ estrato 4__ estrato 5__ estrato 6__	Ordinal
		Procedencia	Rural__ urbano__	Nominal
		Estado civil	Soltero ___ Casado___ Unión libre__ Viudo__ Divorciado___ Separados _	Nominal
		Nivel educativo	Ninguno___ Primaria_ Bachiller__ Técnico__ Universitario__	Ordinal

		Hospitalizado	Si __ No__	Nominal
Percepción del cuidado de enfermería.	Punto de vista de los usuarios con diagnóstico de cáncer sobre los cuidados que el personal de enfermería le proporciona.	Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.	Sentimientos del usuario	Nominal
		Relación de ayuda – confianza.	Apoyo emocional	Nominal
		Necesidades humanas y la provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio-cultural y espiritual.	Apoyo físico	Nominal
			Apoyo espiritual	Nominal
		El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera.	Características de la enfermera	Nominal
		Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.	Categoría proactividad	Nominal
		Relación transpersonal de cuidado.	Priorizar al ser cuidado	Nominal

Percepción del cuidado familiar.	Punto de vista de los usuarios con diagnóstico de cáncer frente al cuidado familiar.	Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.	Sentimientos del usuario	Nominal
		Relación de ayuda – confianza.	Apoyo emocional	Nominal
		Necesidades humanas y la provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio-cultural y espiritual.	Apoyo físico	Nominal
			Apoyo espiritual	Nominal
		El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la familia.	Características de la familia	Nominal
		Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.	Categoría proactividad	Nominal
		Relación transpersonal de cuidado.	Priorizar al ser cuidado	Nominal

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo transversal, puesto que se llevará a cabo un análisis minucioso entre las dimensiones y categorías del cuidado humano de cada una de las variables, con el propósito de describir el punto de vista que tiene los usuarios con diagnóstico de cáncer, frente al cuidado brindado por el personal de enfermería y familiar, igualmente se busca identificar posibles falencias relacionadas con el cuidado humano entre el cuidador y el sujeto de cuidado.

Tiene enfoque cualitativo, ya que se tiene en cuenta el componente subjetivo de la persona, como es el caso de la percepción. Además tiene enfoque cuantitativo, debido a que el instrumento posee las siguientes características: ítems de la categoría del cuidado humano con cuatro opciones de respuesta, cada una tendrá un número correspondiente que las hará medibles. Dichas características permitirá cuantificar cada una de las categorías de las dimensiones del cuidado humano; de esta manera se podrá culminar con el análisis de la percepción del sujeto oncológico frente al cuidado de enfermería y familiar.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estimada corresponde a 161 usuarios oncológicos que recibirán cualquiera de los dos tratamientos; quimioterapia y/o radioterapia en la Unidad de Cancerología del HUHMP de la ciudad de Neiva en el período de Julio a Septiembre de 2010.

6.3 MUESTRA

La muestra se calcula con una confiabilidad del 95%, prevalencia desconocida del 50% y un margen de error del 5%. Por lo tanto el tamaño de la muestra corresponde a 113 usuarios oncológicos que recibirán cualquiera de los dos tratamiento quimioterapia y/o radioterapia en la Unidad de Cancerología del

HUHMP de la ciudad de Neiva Huila en el período comprendido entre Julio a Septiembre de 2010.

$$n = \frac{Z^2pqN}{Ne^2 + Z^2pq}$$

Donde:

n = 113 Tamaño de la Muestra
Z= Nivel de confianza (1.96)
p= Variabilidad positiva (0.5)
q= Variabilidad negativa (0.5)
N= Tamaño de la población (161)
ε= Precisión o error (0.05)

6.4 TIPO DE MUESTREO

Obtenido el tamaño de la muestra que corresponde a 113 usuarios oncológicos que recibirán cualquiera de los dos tratamientos en la Unidad de Cancerología del HUHMP, se divide en tres ya que el período de recolección de la información consta de tres meses (Julio a Septiembre) con el propósito de sacar el número de usuarios por mes que corresponde a 38. Teniendo en cuenta el orden de llegada a la Unidad, se registrarán en una base de datos, una vez se desarrolla la lista de elementos de la población mes, estos deberán numerarse sucesivamente.

Posteriormente, se utilizará una tabla de números aleatorios para seleccionar a los 38 usuarios de manera aleatoria de la población por mes, así mismo se hará hasta completar el período de recolección de la información de Julio a Septiembre.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

6.5.1 Criterios de inclusión. Para seleccionar los sujetos a estudio se tiene en cuenta las siguientes características de los usuarios:

- Mayor de 18 años de edad.

- Ubicado en las tres esferas mentales.
- Lugar de residencia Neiva-Huila.
- Diagnóstico de cáncer.
- Usuarios oncológicos tratados en el período del primero de JULIO A SEPTIEMBRE de 2010 en la UNIDAD DE CANCEROLOGÍA DEL HUHMP de la ciudad de Neiva-Huila.
- Recibirán alguno de los dos tratamientos: quimioterapia y/o radioterapia.
- Usuario que acepte de manera voluntaria participar en el estudio.

6.6 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis corresponde a los usuarios ambulatorios y hospitalizados de 18 años en adelante, con diagnóstico de cáncer, que recibirán cualquiera de los dos tratamientos en la Unidad de cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el período de Julio a Septiembre de 2010. Teniendo en cuenta la selección de la muestra y criterios de inclusión y exclusión.

6.7 UNIDAD DE INFORMACIÓN

La unidad de información esta manifiesta en el cuestionario diligenciado tipo likert, ya que es el que permite recolectar la información de los usuarios oncológicos ambulatorios y hospitalizados de 18 años en adelante, con diagnóstico de cáncer que recibirán cualquiera de los dos tratamientos en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, en el período de Julio a Septiembre de 2010. Teniendo en cuenta la selección de la muestra y criterios de inclusión y exclusión.

6.8 CARACTERIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se diseñó un instrumento tipo escala Likert, tomando en cuenta los objetivos formulados y la operacionalización de las variables. El cuestionario consta de tres

partes, la primera referida a los datos sociodemográficos de los usuarios oncológicos seleccionados, en cuanto a: diagnóstico, género, edad, nivel socioeconómico, estado civil, nivel educativo, procedencia y hospitalización. La segunda parte contiene 7 categorías en donde cada una de éstas contiene 4 ítems, para un total de 28 que mide la variable: percepción del usuario oncológico frente al cuidado de enfermería; cuyas opciones de respuestas son: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca. La tercera parte se compone por 7 categorías, cada una con 4 ítems para un total de 28 que miden la variable: percepción del usuario oncológico frente al cuidado familiar, cuyas opciones de respuestas son: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca.

6.9 PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

6.9.1 Validez. El instrumento para la recolección de la información fue validado por dos enfermeras docentes de la Universidad Surcolombiana expertas en el tema, quienes hicieron algunas observaciones de forma, entre estas tenemos: no condicionar los ítems de tendencia negativa con la sílaba “no”, ya que por lo general se condicionaría al usuario a seleccionar la opción nunca; corregir algunos problemas de reacción en los ítems para evitar las diferencias en las interpretaciones.

6.9.2 Prueba piloto. Se realizó la prueba piloto al 10% de la muestra que corresponde a 12 usuarios oncológicos que recibieron cualquiera de los dos tratamientos: quimioterapia y/o radioterapia, en la Unidad de Cancerología del HUHMP, en el período de Julio a Diciembre de 2009. De acuerdo al análisis de los resultados y opiniones de los participantes fue posible modificar el instrumento teniendo en cuenta las siguientes observaciones:

- Se requiere de 30 minutos aproximadamente para el diligenciamiento del cuestionario tipo likert.
- El instrumento debe ser diligenciado por el investigador, debido a que algunos participantes son adultos mayores que presentan dificultad para leer.
- Las preguntas fueron fáciles de comprender.
- Se cambia el Ítem tres de la categoría apoyo emocional. “soy un estorbo para mi familia”, puesto que hería la susceptibilidad de la persona.

- Se considera necesario modificar la expresión “el cáncer es una enfermedad difícil de curar” correspondiente al Ítem cuatro de la categoría de apoyo emocional en percepción del cuidado familiar, puesto que igualmente hería la susceptibilidad del sujeto.

6.10 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se envió comunicación a la Doctora Nery Stella Prieto, Directora Ejecutiva de la Unidad de Cancerología del HUHMP a fin de exponerle el objetivo de la investigación y solicitarle el permiso para aplicar el instrumento.

Teniendo en cuenta previa selección de la muestra con los criterios de inclusión y exclusión se procederá a la recolección de datos de la siguiente manera:

- Se comunicará por vía telefónica a los usuarios oncológicos ambulatorios el día de la visita domiciliaria para la cual serán encuestados, teniendo en cuenta previa selección de la muestra.
- Explicar al sujeto de cuidado el propósito de la investigación.
- Se hará firmar el consentimiento informado explicándole las implicaciones éticas.
- Se explicará la organización e instrucciones del instrumento.
- Se asistirá en el diligenciamiento del instrumento.

6.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RECOLECCIÓN

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizará el programa Excel versión 2007 y Epi Info versión 3.5.1 Agosto 13 de 2008.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; título III, capítulo IV se establece que el profesional de enfermería que sea partícipe o adelante una investigación en el campo de la salud, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos como principio éticos fundamentales según declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.

De acuerdo a la disposición anterior y teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre investigación en el campo de la salud se determina que la presente investigación sobre “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR, UNIDAD DE CANCEROLOGÍA HUHMP, NEIVA-HUILA, JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010.”, se clasifica como investigación sin riesgo debido a que no se llevará a cabo modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, considerando de ésta manera la aplicación de un cuestionario para describir la percepción del usuario oncológico frente al cuidado de enfermería y familiar, en donde no se tratarán aspectos sensitivos de la conducta de los participantes.

Los resultados de la investigación serán procesados en conjunto, en ningún momento se darán a conocer datos individuales, solamente al finalizar la investigación se entregarán los resultados a la Unidad de Cancerología con su respectiva socialización, salvaguardando la dignidad y la confiabilidad de los sujetos de estudio.

El proyecto de investigación será presentada ante el comité de bioética de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, con el propósito de obtener la autorización para la aplicación de la misma.

8. RESULTADOS

Se había calculado un tamaño de muestra de 113 usuarios, pero debido al cambio de administración y a posibles cierre de algunos contratos, la población se redujo, por lo cual se optó por tomar el total de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión (94), quienes habían recibido cualquiera de los dos tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia), en el período comprendido entre el 1 de Julio hasta el 30 de Septiembre de 2010

8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS ONCOLÓGICOS

Tabla 1. Distribución usuarios con diagnóstico de cáncer

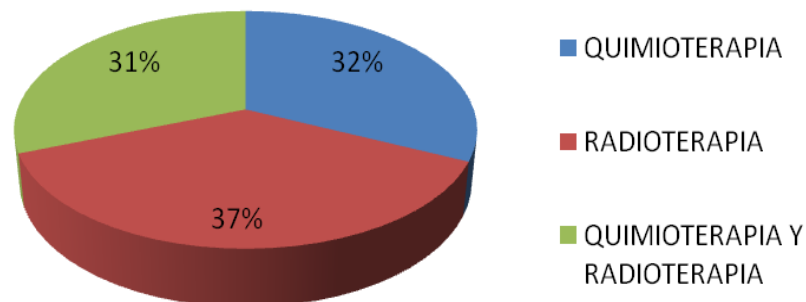
DIAGNÓSTICO	No.	PORCENTAJE	I.C. 95%	
Ca mama	38	40,40%	30,4%	51,0%
Ca próstata	16	17,00%	10,1%	26,2%
Ca cérvix	6	6,40%	2,4%	13,4%
Ca piel	4	4,30%	1,2%	10,5%
Ca recto	4	4,30%	1,2%	10,5%
Ca colon	3	3,20%	0,7%	9,0%
Ca esófago	3	3,20%	0,7%	9,0%
Ca pulmón	3	3,20%	0,7%	9,0%
Tumor cerebral	3	3,20%	0,7%	9,0%
Ca ovario	2	2,10%	0,3%	7,5%
Ca páncreas	2	2,10%	0,3%	7,5%
Linfoma no hodgkin	2	2,10%	0,3%	7,5%
Osteosarcoma	2	2,10%	0,3%	7,5%
Ca amígdala MMT	1	1,10%	0,0%	5,8%
Ca endometrio	1	1,10%	0,0%	5,8%
Ca seno paranasales	1	1,10%	0,0%	5,8%
Ca vejiga	1	1,10%	0,0%	5,8%
Linfoma difuso de células grandes	1	1,10%	0,0%	5,8%
Tumor en mediastino	1	1,10%	0,0%	5,8%
Total	94	100,00%		

Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Los tres primeros tipos de cáncer son el de mama, próstata y cuello uterino, con una diferencia estadísticamente significativa para el primero.

Se evidencia un número importante de casos asociados a trastornos oncológicos involucrados con órganos del aparato reproductor femenino como mama y cérvix, siendo el de mama el más representativo y significativamente estadístico. Es importante resaltar que durante el interrogatorio muchas de las usuarias afectadas por el cáncer de mama manifestaron antecedentes familiares, estilos de vida no saludables (consumo de licor, tabaquismo, etc.). El desconocimiento de la condición hereditaria del cáncer y la técnica del autoexamen de seno, aunado a la poca facilidad que se le da a la población para acceder a una consulta especializada para un diagnóstico y tratamiento oportuno, son condiciones que se asocian al aumento de complicaciones como el cáncer de mama metastásico (%). En el caso de los hombres vemos que el cáncer de mayor prevalencia es el de próstata, algunos de los participantes desconocían los exámenes para la detección temprana y otros conociendo el examen, el miedo y el pudor imposibilitaban al usuario para la realización de éste.

Figura 1. Distribución usuarios según el tipo de tratamiento



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Es clara la poca variación en la utilización de los diferentes tipos de tratamiento que ofrece la Unidad, situación que permite conocer el comportamiento del cuidado que brinda el personal de enfermería en los diferentes aspectos del ser humano, teniendo en cuenta la variabilidad para cada tratamiento.

Tabla 2. Distribución de usuarios oncológicos según grupos de edad

EDAD	No.	PORCENTAJE	IC 95%	
18 - 25	2	2,10%	0,30%	7,50%
26 - 35	5	5,30%	1,70%	12,00%
36 - 45	15	16,00%	9,20%	25,00%
46 - 55	19	20,20%	12,60%	29,80%
56 - 65	21	22,30%	14,40%	32,10%
66 y más	32	34,00%	24,60%	44,50%
Total	94	100,00%		

Fuente: Unidad de Cancerología H.U.H.M.P de Neiva.

La tabla anterior permite ver que existe una diferencia considerable entre las edades 18 - 45 años con respecto a las de 46 en adelante, siendo más estadísticamente significativa esta última con un 76,6% (IC= 67,1-84,0) frente a un 23.4% (IC=16,0-32,9) de incidencia en el grupo de 18-45; situación relacionada con la exposición prolongada y regular a los carcinógenos (consumo de tabaco, consumo excesivo de bebidas alcohólicas e ingesta de alimentos con un exceso de calorías, alto contenido graso y bajo contenido de fibras). Esto puede conllevar a un cúmulo constante de cambios celulares irreversibles que culminan en un estado proliferativo crónico.

Tabla 3. Distribución usuarios oncológicos según sexo

SEXO	No.	PORCENTAJE	IC 95%	
Mujer	59	62,80%	52,20%	72,50%
Hombre	35	37,20%	27,50%	47,80%
Total	94	100,00%		

Fuente: Unidad de Cancerología H.U.H.M.P de Neiva.

Es pertinente resaltar que dentro de los participantes del estudio las mujeres son las más afectadas por el cáncer, diferencias que son significativamente estadísticas, esta situación se puede relacionar con factores como la función reproductiva.

Tabla 4. Distribución de usuarios oncológicos según nivel socioeconómico

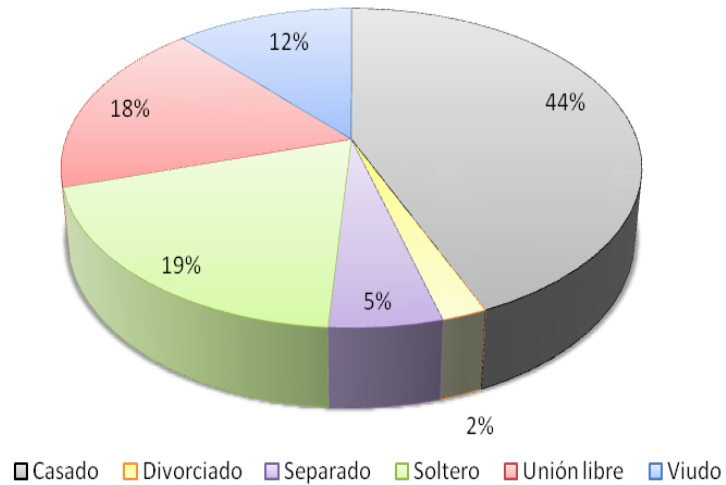
NIVEL SOCIOECONOMICO	No.	PORCENTAJE	IC 95%	
Desplazado	3	3,20%	0,70%	9,00%
Estrato 1	19	20,20%	12,60%	29,80%
Estrato 2	40	42,60%	32,40%	53,20%
Estrato 3	25	26,60%	18,00%	36,70%
Estrato 4	7	7,40%	3,00%	14,70%
Estrato 5	0	0%	0%	0%
Estrato 6	0	0%	0%	0%
Total	94	100,00%		

Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Según el nivel socioeconómico de los participantes se puede determinar que la mayoría se concentran en el estrato uno, dos y tres sin embargo las diferencias no son significativas entre ellos, sin embargo no se podría sugerir asociación de cáncer con estrato socioeconómico debido a que se desconoce el tipo de población que atiende la unidad.

8.1.1 Distribución de usuarios oncológicos según procedencia. Los usuarios con diagnóstico de cáncer que participaron en el estudio sobre percepción del cuidado de enfermería y familiar, 92 vivían en el área urbana y solo 2 en el área rural, esto se relaciona con la distribución de la población de la ciudad de Neiva según el perfil epidemiológico de 2009, sin inferir que el área rural sea un factor protector para el cáncer.

Figura 2. Distribución usuarios oncológicos según estado civil.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Un poco más de la mitad de los participantes tienen pareja, de éstos la mayoría son casados; dicha situación no permite demostrar que el estado civil sea un factor predisponente para contraer cáncer. Pero si se puede considerar como una condición que influye positivamente como soporte familiar para el afrontamiento eficaz de la enfermedad.

Tabla 5. Distribución usuarios oncológicos según nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	No.	PORCENTAJES	IC 95%	
Ninguno	8	8,50%	3,70%	16,10%
Primaria	36	38,30%	28,50%	48,90%
Bachiller	24	25,50%	17,10%	35,60%
Técnico	11	11,70%	6,00%	20,00%
Universitario	15	16,00%	9,20%	25,00%
Total	94	100,00%		

Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

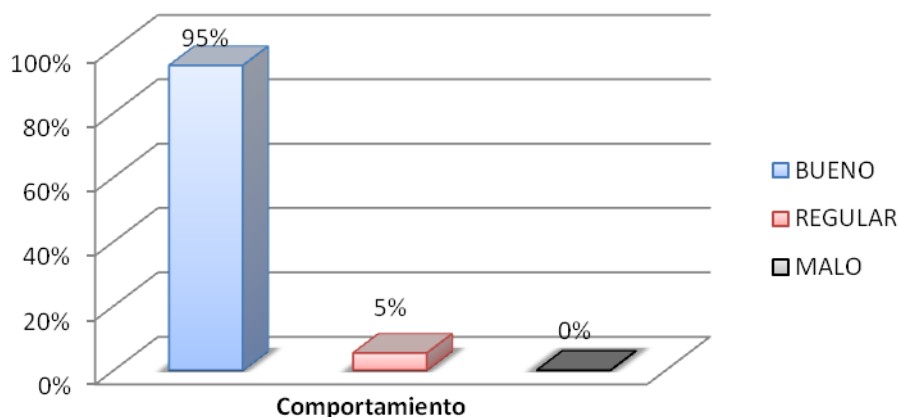
El mayor número de pacientes se encuentra con un nivel educativo de primaria y bachillerato. Sin embargo, la cifra de usuarios sin ningún tipo de estudios es el más bajo, esto hace que las diferencias con respecto al grado de educación no sea estadísticamente significativo. El hecho de no presentar una alta frecuencia de

casos con analfabetismo puede estar relacionado con el nivel académico que posee la ciudad de Neiva.

8.1.2 Distribución usuarios oncológicos según hospitalización ó ambulatorio. Los usuarios con diagnóstico de cáncer que participaron en el estudio sobre percepción del cuidado de enfermería y familiar solo 2 de ellos se encontraban hospitalizados.

8.2 COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN PERCEPCIÓN DEL USUARIO ONCOLÓGICO

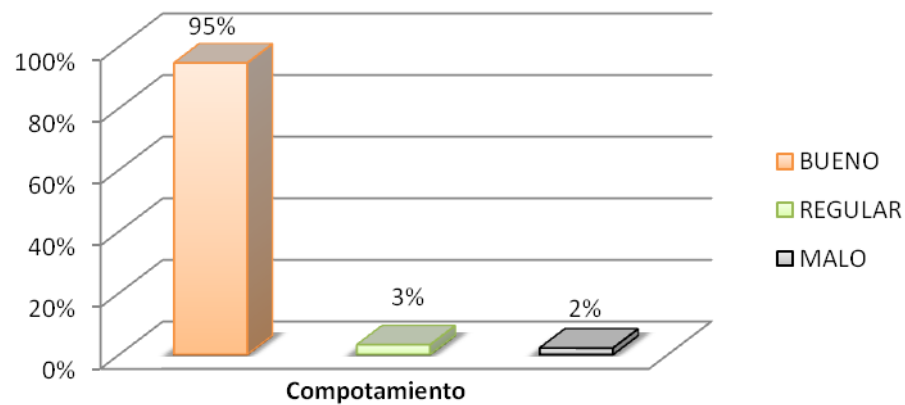
Figura 3. Percepción del usuario oncológico en la categoría sentimientos del paciente frente al cuidado de enfermería.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Se evidencia una proporción marcada de usuarios oncológicos que manifestaron sentir el apoyo, el afecto y la atención necesaria por parte del personal de enfermería. Lo anterior permite destacar el cumplimiento de la enfermera (o) en la aseveración de Jean Watson con respecto a esta categoría, la cual resalta la capacidad que tiene la enfermera para aceptar la expresión de los sentimientos del usuario en el establecimiento de una buena interacción terapéutica enfermera (o) - paciente. Sin embargo, una mínima proporción de usuarios permiten calificar el cuidado de enfermería en esta categoría como regular, situación que se relaciona con la introversión de éste para establecer una relación con el personal de enfermería.

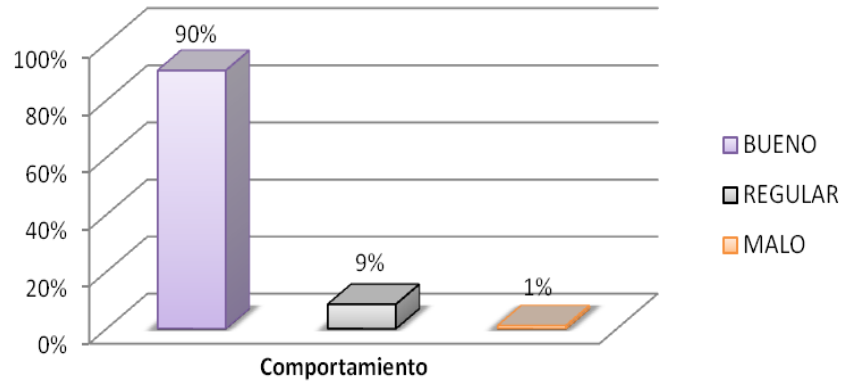
Figura 4. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo emocional frente al cuidado de enfermería.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Gran parte de los usuarios perciben que el personal de enfermería les brinda confianza y apoyo sin ningún tipo de discriminación por su condición de salud brindándoles una voz de aliento ante las dificultades; fortaleciendo su expectativa de vida. Lo cual evidencia que en la Unidad las enfermeras desarrollan una relación de ayuda - confianza, permitiendo en el usuario expresar las emociones tales como: tristeza, alegría, ira, angustia, haciendo posible el alcance del desarrollo interpersonal del sujeto de cuidado. En contraste, una proporción no marcada de usuarios expresan en esta categoría una tendencia regular y mala que se relaciona por la falta de experiencias con el personal de enfermería, lo cual corrobora lo referido en el marco referencial, en donde se dice: *“la percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos”*.

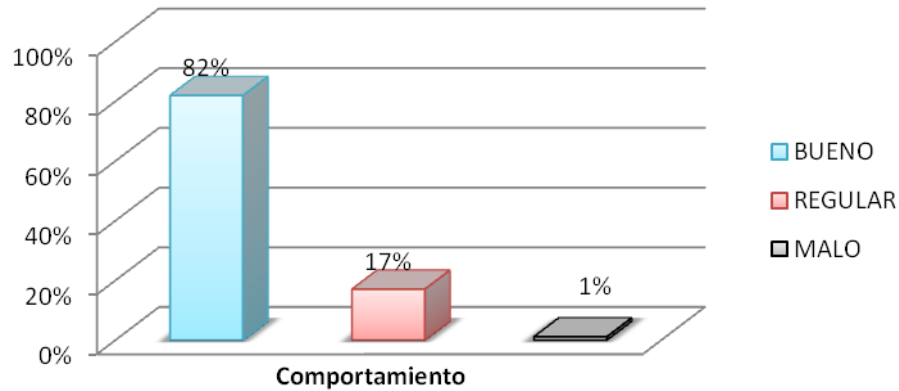
Figura 5. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo físico frente al cuidado de enfermería.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Según percepción del sujeto de cuidado se observa que el 90% de ellos consideran que el personal de enfermería les brinda un buen apoyo físico al momento de aplicar los cuidados. Lo anterior demarcado por actividades sencillas y significativas, como la administración de los medicamentos en el momento oportuno, el suministro de la información pertinente para cada tratamiento, considerando las posibles complicaciones y efectos adversos; proporcionando un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física y sociocultural. Una minoría de usuarios consideran que el tiempo que dedica la enfermera no es suficiente para expresar todos los cambios que han percibido durante el transcurso de la enfermedad, esto se relaciona posiblemente con la relación tiempo enfermera – paciente, lo que conlleva a que una pequeña proporción se agrupe en regular y malo.

Figura 6. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo espiritual frente al cuidado de enfermería.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

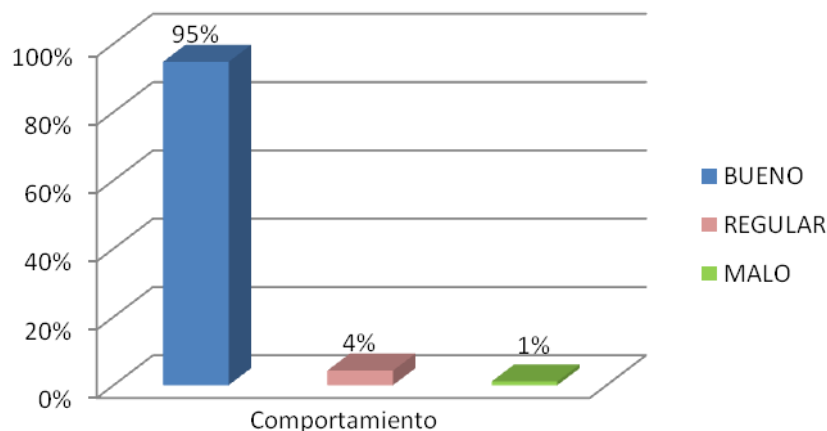
En la relación cuidado transpersonal se nota que la mayoría de los sujetos perciben un buen apoyo en cuanto al componente espiritual de la persona, por lo cual denota el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana al más alto Yo, a través de la conservación y honra del espíritu incorporado sin reducir al sujeto al estado moral de un objeto. Sin embargo, una tendencia poco marcada evoca en el cliente sentimiento de apoyo espiritual, regular y malo, lo cual se relaciona con las siguientes manifestaciones *“no he tenido la necesidad de requerir orientación espiritual ya que mi estado de salud no me ha deprimido, además en la familia cuento con el apoyo necesario para afrontar mi enfermedad”*.

Este comportamiento de cuidado en el campo espiritual según Jean Watson *“destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud”*.

8.2.1 Percepción del usuario oncológico en la categoría características de la enfermera frente al cuidado de enfermería, Unidad de Cancerología HUHMP.

La tendencia perceptual del sujeto de cuidado frente a las características de la enfermera es buena, lo que permite describir a una enfermera: atenta, eficaz, cálida, sencilla, humilde, agradable, amable, gestora del diálogo, líder, capaz de reconocer sus debilidades como persona y profesional convirtiéndola en una enfermera con aptitud para trabajar en equipo de manera coordinada, garantizando la confianza y confort en la atención.

Figura 7. Percepción del usuario oncológico en la categoría proactividad frente al cuidado de enfermería.

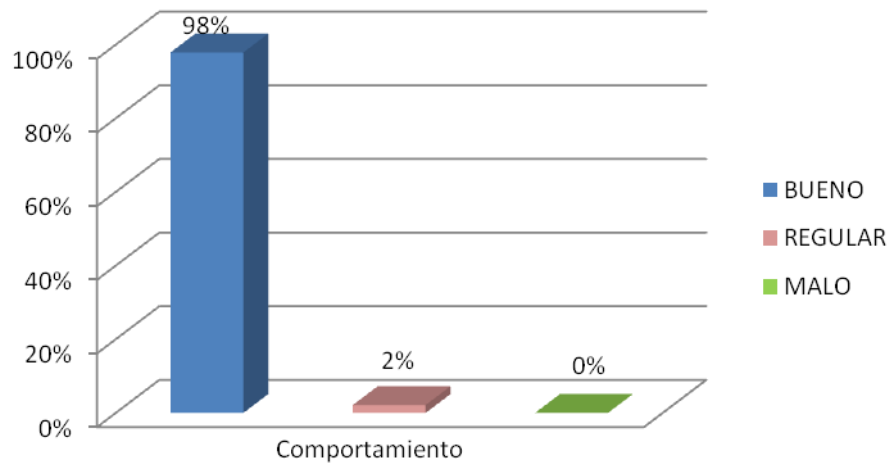


Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Gran parte de los usuarios tiene una tendencia perceptual buena, considerando que el personal de enfermería coordina las actividades a seguir en conjunto con otros miembros del equipo de salud en pro de una evolución positiva, además ejecuta actividades para instruir al usuario y a la familia en lo relacionado con el tratamiento a seguir, sea farmacológico o no, como también brindar al usuario la información relacionada con su estado de salud. Por el contrario, una tendencia no muy representativa es regular y mala, debido a que algunos usuarios perciben que en cuanto al tratamiento farmacológico *“solo es deber del médico brindar la información y aclaración de dudas al respecto”*, o también sea porque la familia trata de no inmiscuirse en el proceso, y por lo tanto el personal de enfermería no puede ejecutar laborales tendientes a involucrar a la familia en el transcurso de la misma.

Según percepción de los clientes el personal de enfermería cumple la responsabilidad de promover la salud a través actividades preventivas.

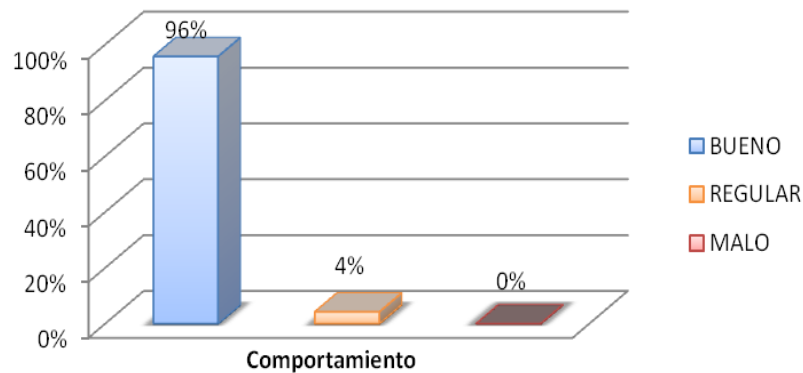
Figura 8. Percepción del usuario oncológico en la categoría priorizar al ser cuidado frente al cuidado de enfermería.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

El comportamiento del cuidado en esta categoría en su gran mayoría es bueno, lo que permite describir a una enfermera capaz de orientar y priorizar las necesidades de la persona en el proceso de atención de enfermería, respetando las decisiones e intimidad del sujeto, fomentando un entorno de confianza y tranquilidad en donde la calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. No obstante el 2% de la percepción es regular, lo cual se relaciona con la falta de experiencias previas relacionadas con esta categoría.

Figura 9. Percepción del usuario oncológico frente al cuidado de enfermería.

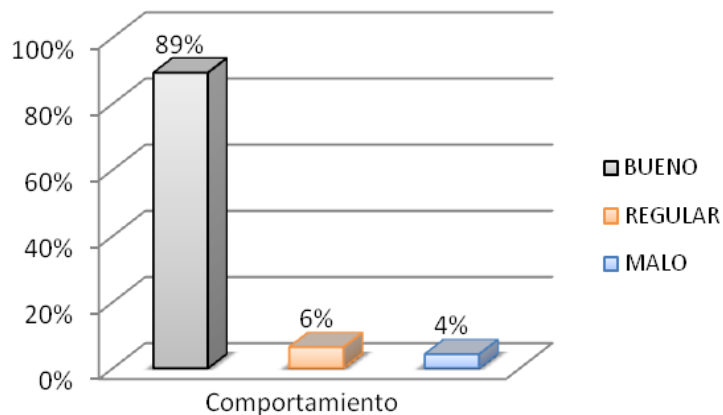


Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

Según la percepción del sujeto, se puede calificar el comportamiento general del cuidado como bueno, permitiendo afirmar que los usuarios en la Unidad de Cancerología reciben una atención biopsicosocial, evocando en el cliente sentimientos de apoyo emocional, apoyo físico, apoyo espiritual, condición que permite atender las necesidades que acarrea el diagnóstico de cáncer.

8.3 COMPORTAMIENTO DEL CUIDADO FAMILIAR SEGÚN PERCEPCIÓN DEL SUJETO DE CUIDADO

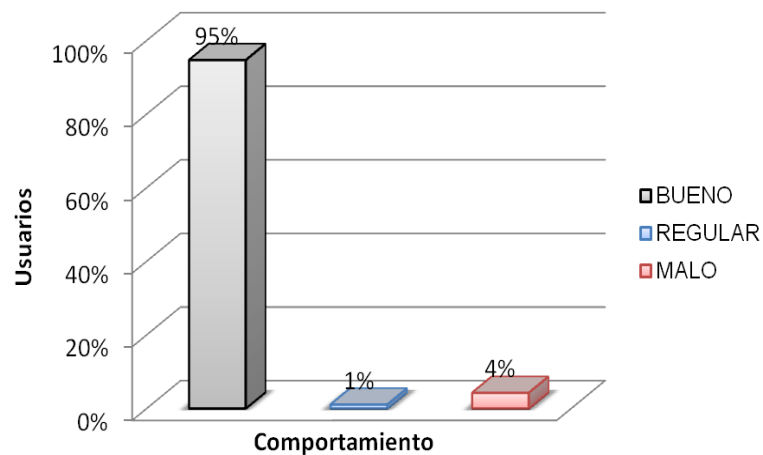
Figura 10. Percepción del usuario oncológico en la categoría sentimientos del usuario frente al cuidado familiar.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

La mayoría de los usuarios denotan la confianza en expresar sus sentimientos a sus familiares, ya que siempre encuentran en ellos una voz de aliento y esperanza, al igual que el apoyo constante durante el transcurso de su situación de salud. Una minoría de usuarios percibe un regular y mal apoyo emocional, situación relacionada con los sentimientos del mismo de ser una carga para sus familiares, debido a la incapacidad de realizar ciertas actividades de la vida diaria (trabajar para el sostenimiento económico de la familia y determinadas labores domésticas), aunque no perciban en las familias actitudes que lo hagan pensar de tal manera.

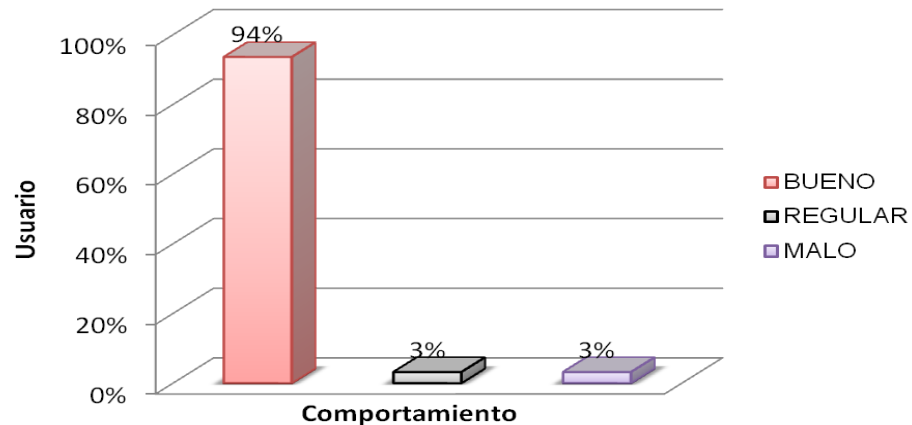
Figura 11. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo físico frente al cuidado familiar.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

El apoyo físico, siendo tan fundamental en los momentos críticos de la enfermedad, como el afrontar el dolor físico y las consecuencias del tratamiento, es preciso denotar que el comportamiento del cuidado en esta categoría es bueno, lo cual evoca en el sujeto de cuidado el apoyo continuo cuando su enfermedad o el mismo tratamiento lo imposibilita de realizar ciertas actividades de la vida diaria, como: higiene personal, labores domésticas y demás prácticas que definen el rol de la persona; al igual los usuarios percibieron en sus familiares la preocupación con respecto a las indicaciones del tratamiento y efectos adversos. La mínima proporción de pacientes que se inclinaron por un apoyo físico regular y malo, lo hicieron principalmente porque su situación de salud no demandaba apoyo familiar para la satisfacción de sus necesidades individuales básicas.

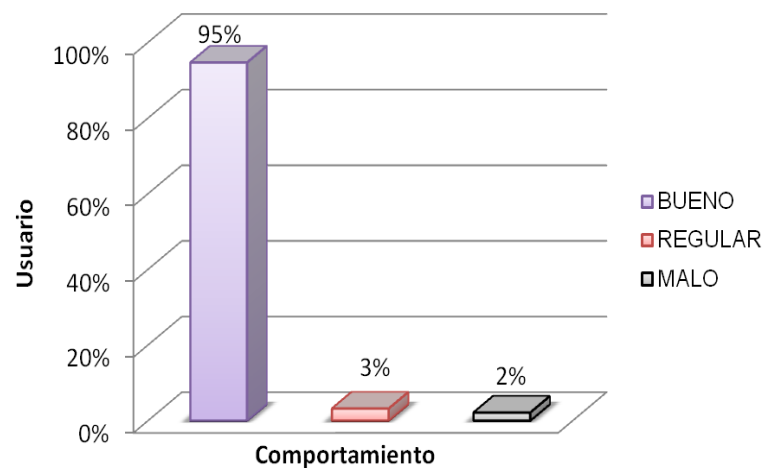
Figura 12. Percepción del usuario oncológico en la categoría apoyo espiritual frente al cuidado familiar.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

En esta categoría de cuidado se percibe que la familia asimila la importancia del apoyo espiritual en situaciones difíciles de la vida, como es el caso de la enfermedad, en el marco de referencia se plantea: “con frecuencia los pacientes oncológicos buscan ese sostén en los representantes de su fe, incluso los incrédulos se encuentran reconfortados en creer en un ser superior”. Lo anterior permite afirmar, que la familia es la primera en indagar las preocupaciones interiores de la persona, como también es la pionera en ayudar a alcanzar la paz y tranquilidad espiritual al más alto yo, permitiéndole al paciente un buen afrontamiento de su enfermedad. Los usuarios manifestaron el respeto y aceptación de sus creencias, al igual que la participación en la predicación de las mismas. La pequeña cantidad de pacientes que no consideraron ese apoyo como bueno, esta principalmente relacionado con la diferencias en creencias, sin embargo, percibieron el respeto de su familia hacia las mismas.

Figura 13. Percepción del usuario oncológico en la categoría características de la familia frente al cuidado familiar.

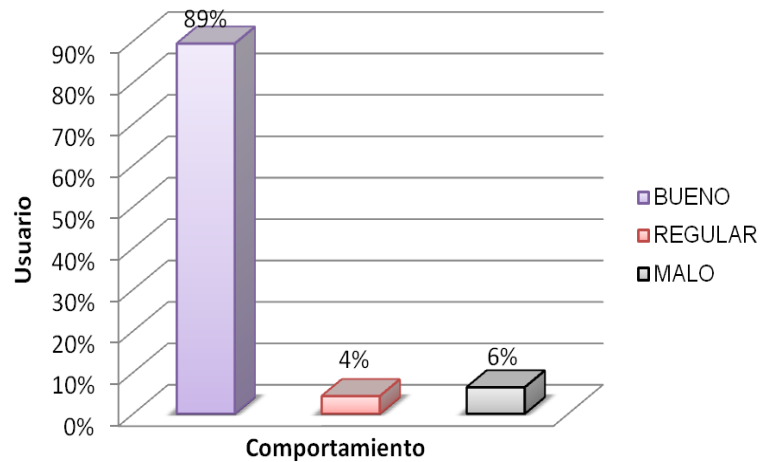


Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

La mayoría de los pacientes perciben en los familiares el interés en indagar al personal de salud sobre el comportamiento de la enfermedad y tratamiento a seguir, como también ven la preocupación y disposición en la búsqueda exhaustiva de formas, métodos y acciones para la resolución de la enfermedad.

En lo referente al patrón de la sexualidad algunas usuarias manifestaron inicialmente el miedo al distanciamiento con su pareja, atribuyendo esto a la pérdida de un órgano del aparato reproductor, sin embargo, a la comunicación posterior de tal situación con la pareja y familia, percibieron en ellos un apoyo positivo. En lo relacionado al patrón de la comunicación, la mayoría de las familias poseen una buena capacidad de resiliencia, mientras que un 5% de las familias no posee las características apropiadas para brindar un cuidado holístico. Esta proporción se relaciona con dos casos encontrados, de los cuales uno de ellos, era de una usuaria que carecía del apoyo de los hijos, quienes la habían dejado abandonada por su situación económica, solo contaba con el apoyo de los vecinos, el otro caso es de una usuaria, quien escasamente contaba con el apoyo de la pareja, ya que sus hijos se mostraban indiferentes ante su situación de salud, pese a que vivían con ella.

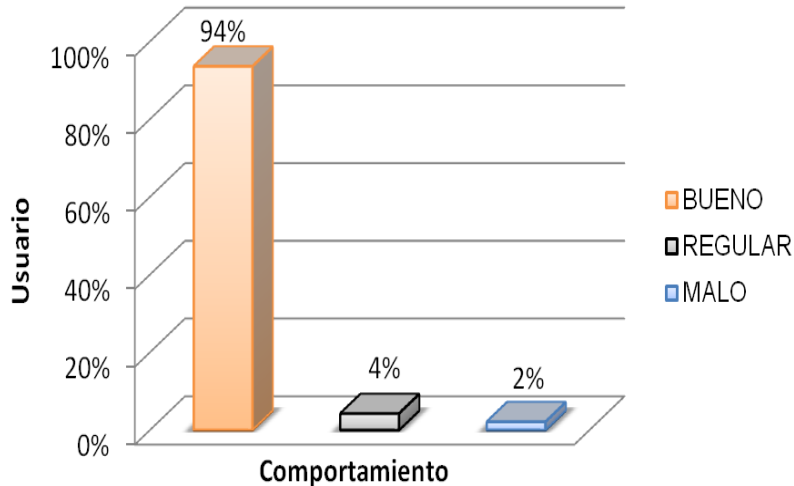
Figura 14. Percepción del usuario oncológico en la categoría proactividad frente al cuidado familiar.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

En esta categoría de cuidado la mayoría de las familias se caracterizan por ser proactivas; cualidad que describe a una familia receptiva, anticipadora, creativa, orientadora, gestora del cuidado, garantizándole al usuario oncológico la oportunidad de llevar a cabalidad las recomendaciones médicas y de enfermería. Según referencia de algunos pacientes, sus familiares en las consultas se preocupan en conocer todo lo relacionado con el curso de la enfermedad, las recomendaciones acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico, además están siempre prestas en colaborarles y/o recordarles las indicaciones respecto a su situación de salud. Cuando el cliente presenta dificultades en la ejecución de prácticas de autocuidado como la higiene personal, asistencia al tratamiento y exámenes diagnósticos la familia siempre está presente brindándole una voz de aliento y de esperanza haciendo sentir al usuario una persona capaz de recobrar las habilidades personales. El 10% del comportamiento del cuidado en esta categoría está distribuido entre regular y malo, lo cual se relaciona con la independencia que asume el cliente con respecto a su estado de salud, solo una usuaria manifestó el desinterés de la familia en el proceso salud - enfermedad.

Figura 15. Percepción del usuario oncológico en la categoría priorizar al ser cuidado frente al cuidado familiar.

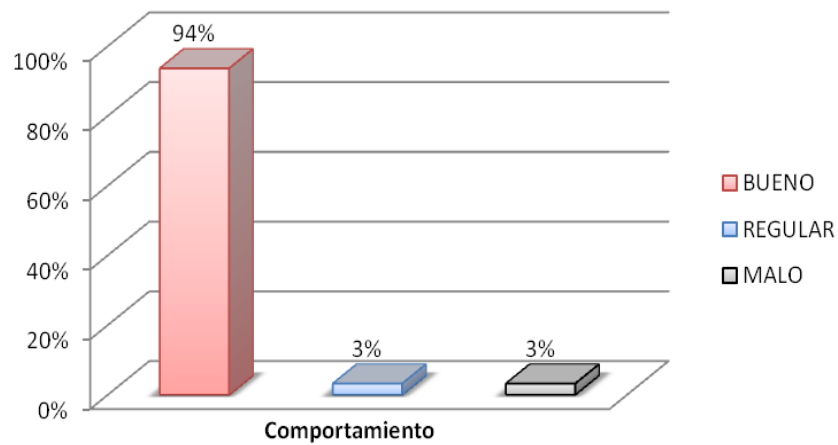


Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

La mayoría de los pacientes reconocen que sus familias tienen en cuenta su condición de salud en el momento de orientar las actividades y recursos económicos, encaminados a la satisfacción de sus necesidades de cuidado, tales como alimentación, tratamiento farmacológico y no farmacológico, exámenes diagnósticos, entre otros. Igualmente se evidencia un alto grado de satisfacción en lo referente al respeto de la dignidad humana e identidad por parte de la familia, cualidad que para muchos de ellos le ha sido posible expresar libremente todas sus necesidades psicológicas, físicas y sociales, permitiendo a la familia jerarquizar las actividades a ejecutar. Es notable resaltar que en la relación familia - paciente se comparten ciertas similitudes entre los dos campos fenomenológicos, lo cual hace posible la concordancia entre las costumbres y prácticas relacionadas con las actividades de cuidado, por consiguiente poco se presenta contradicciones en el momento de la toma de decisiones relacionado con el tratamiento.

Según percepción de los pacientes oncológicos se considera que un 6% del cuidado en esta categoría se ubica entre regular y malo, hecho que se relaciona con los casos de aquellas familias que se muestran indiferentes ante la situación de salud de su allegado.

Figura 16. Percepción del usuario oncológico frente al cuidado familiar.



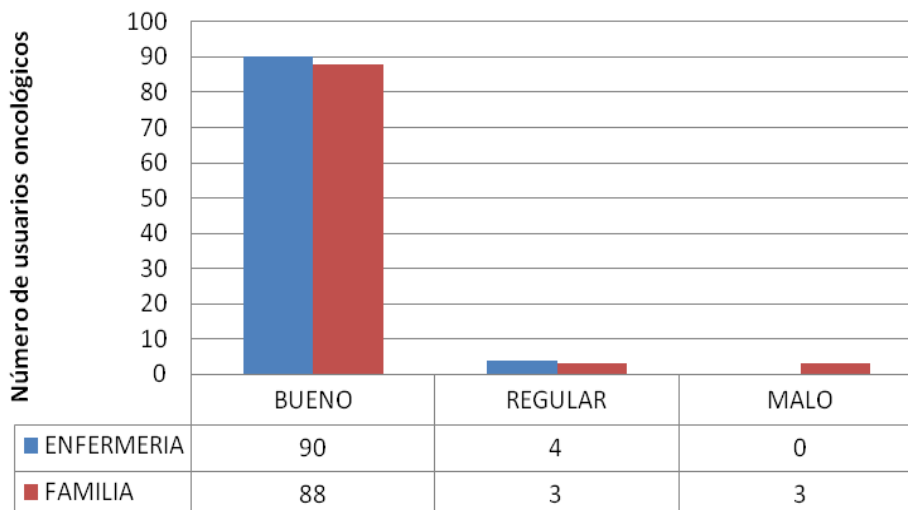
Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva.

De manera general el comportamiento del cuidado de la familia según la percepción del paciente, se puede calificar como bueno. Lo cual permite afirmar que la familia comprende que las personas con diagnóstico de cáncer requieren el apoyo integral para el afrontamiento eficaz de la enfermedad. Además, en las diferentes categorías de cuidado se reflejó la capacidad de la familia en la identificación y satisfacción de las necesidades y preocupaciones de su allegado.

Lo anterior enmarca a la familia como apoyo pilar para superar todas las fases de agonía que atraviesa el sujeto de cuidado durante el proceso de su enfermedad (negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación). Lo ideal sería que no existiera una percepción frente al cuidado de la familia tendiente a regular y malo, sin embargo se manifestó una mínima proporción que se relaciona con algunas falencias en las categorías sentimientos del usuario y proactividad.

8.4 COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO FAMILIAR.

Figura 17. Comparación entre percepción del usuario oncológico frente al cuidado de enfermería y familiar.



Fuente: Unidad de Cancerología HUHMP de Neiva

Al contrastar la percepción del cuidado de enfermería con el cuidado de la familia, se deduce que el personal de enfermería es el que brinda un mejor cuidado con una diferencia no muy representativa. En lo referente al cuidado de la familia, se aprecian tres pacientes que perciben el cuidado como malo, situación influenciada por los casos en los cuales dos de ellos el paciente afectado por el cáncer carecía de la presencia de la familia y el otro caso solo contaba con el apoyo de la pareja emocional. Los cuatro sujetos que perciben el cuidado de enfermería como regular, se atañe a la neutralidad que asume la enfermera en la categoría apoyo espiritual. En cuanto a los tres pacientes que ven el cuidado de la familia como regular, se relaciona con las falencias en las categorías apoyo emocional y categoría de proactividad.

8.5 INFLUENCIA QUE EJERCE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA EDAD SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO FAMILIAR.

Según percepción del usuario oncológico el comportamiento del cuidado familiar es bueno, lo que resulta inapropiado establecer la influencia que ejerce el nivel

socioeconómico y la edad sobre la percepción del cuidado familiar , además es pertinente mencionar que la mayoría de los pacientes tuvieron una tendencia perceptual buena hacia el cuidado tanto de la familia como del personal de enfermería.

8.6 INFLUENCIA QUE EJERCE LA CONDICIÓN DE USUARIO AMBULATORIO U HOSPITALIZADO EN LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIA.

Teniendo en cuenta que de los 94 usuarios oncológicos que participaron en el estudio, la mayoría de ellos eran ambulatorios (92) y solo dos del total se encontraban hospitalizados, se determina una condición inapropiada para establecer un nivel de influencia sobre la percepción del cuidado de enfermería y familiar.

9. CONCLUSIONES

En la investigación “Percepción de los pacientes oncológicos de la Unidad de Cancerología, Hospital Universitario H.M.P. de la ciudad de Neiva- Huila, frente al cuidado de enfermería y familiar, en el período Julio a Septiembre de 2010”, se pudo establecer que el cuidado que brinda el personal de enfermería es más favorable con respecto al cuidado brindado por la familia.

De los usuarios oncológicos que fueron sujetos de la investigación se observó que hubo una mayor proporción de mujeres, lo que indica que esta población es la más afectada por dicha patología.

El grupo etáreo con mayor prevalencia de usuarios con diagnóstico de cáncer se establece a partir de los 46 años. Además se determinó que la mayoría de los participantes tienen una pareja estable y el nivel educativo que predomina es primaria y bachiller.

El comportamiento del cuidado de la familia según la percepción del paciente, fue favorable, pues esto comprende que los pacientes oncológicos requieren un apoyo integral para el afrontamiento eficaz de la enfermedad.

El comportamiento del cuidado del personal de enfermería según la percepción del paciente, fue satisfactorio, lo cual afirma que los usuarios en la Unidad de Cancerología reciben una atención biopsicosocial, evocando en el cliente sentimientos de apoyo emocional, físico y espiritual dando respuesta a las necesidades de los pacientes.

10. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación sobre “PERCEPCIÓN DEL USUARIO ONCOLÓGICO FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO FAMILIAR”, y tomando como referencia las falencias encontradas, se observó la necesidad de establecer las siguientes recomendaciones:

Implementación de estrategias educativas encaminadas a establecer prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables en los diferentes centros de formación académica, como colegios, institutos técnicos, universidades, entre otros, garantizando una mayor apropiación de la cultura de la salud disminuyendo los factores de riesgo y previniendo a temprana edad la aparición de enfermedades y sus desenlaces adversos.

Implementar la utilización de instrumentos que permitan evaluar el cuidado que ofrece el personal de enfermería en las diferentes unidades e institutos donde se brinda atención a las personas con diagnóstico de cáncer, con el fin de alcanzar la calidad en la prestación de los servicios a esta población.

Sugerir un orden en la distribución de las citas para cada usuario oncológico, con el fin de evitar incomodidades y largas esperas cuando éstos asisten al tratamiento.

Incluir dentro del pensum académico del programa de enfermería el componente teórico y práctico del cuidado a pacientes oncológicos con una mayor intensidad horaria, debido a que la región surcolombiana demanda de profesionales competentes en esta área de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

CENTRO MÉDICO IMBANACO. Atención domiciliaria al paciente con cáncer: PARA SUPERAR EL "NO HAY NADA QUE HACER" [en línea]. <<http://www.imbanaco.com/Plantillas/Paginas.aspx?pageld=408>> [citado el 6 de Febrero de 2010].

DEFINICIÓN ABC. Definición de percepción [en línea]. <<http://www.definicionabc.com/general/percepcion.php>> [citado el 8 de Febrero de 2010].

DÍAZ A., MARTHA LUCÍA. (E.O O.) Instituto Nacional de Cancerología. La calidad de vida del paciente oncológico desde la bioética [en línea]. <<http://www.cancer.gov.co/documentos/Enfermeria%20Oncol%C3%B3gica/IVJornada/calidaddevida.pdf>> [citado 2 de marzo de 2010].

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Atención en el hogar para pacientes con cáncer [en línea] <<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/atencion-hogar>> [citado el 2 de Marzo de 2010].

MEDINA VELANDIA, JUAN CARLOS. Percepción [en línea] <<http://www.educacion-virtual.org/files/Percepcion.pdf>> [citado el 8 de Febrero de 2010].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Cáncer [en línea]. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>> [citado el 6 de Febrero de 2010].

RIVERA ÁLVAREZ, LUZ NELLY. TRIANA, ÁLVARO. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA: VISIBILIZANDO LA TEORÍA Y LA INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA, EN LA CLÍNICA DEL COUNTRY [en línea] <<http://www.docentes.unal.edu.co>> [citado el 13 de Febrero de 2010].

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Yo _____, identificado con _____.
Acepto participar voluntariamente en la investigación sobre “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE AL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y FAMILIAR, UNIDAD DE CANCEROLOGÍA HUHMP, NEIVA-HUILA, JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010”, llevado a cabo por el grupo de investigación de Octavo Semestre del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana.

He sido informado (a) de que el objetivo del estudio es: Describir la percepción de los pacientes oncológicos de la Unidad de Cancerología, Hospital Universitario H.M.P. de la ciudad de Neiva- Huila, frente al cuidado de enfermería y familiar, en el período Julio a Septiembre de 2010, con el propósito de brindar alternativas de solución con enfoque en el cuidado humanizado, frente a las posibles falencias relacionadas con el proceso de atención de enfermería.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario auto diligenciado, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo suministre en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Luis Albeiro Perdomo cel: 3142332545, Sandra Vera Bonilla cel: 3124565192, Luisa Fernanda Cordero cel: 3208099531, Camilo Gómez Tovar cel: 3107837592 y Heyber Arturo Cano cel: 3204532928.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a los mencionados anteriormente.

Nombre del investigador

Nombre del Participante

Anexo B. Instrumento de recolección de la información



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PERCEPCIÓN DEL USUARIO ONCOLÓGICO FRENTE AL CUIDADO DE
ENFERMERÍA Y FAMILIAR

Objetivo: Describir la percepción de los pacientes oncológicos de la Unidad de Cancerología, Hospital Universitario H.M.P. de la ciudad de Neiva- Huila, frente al cuidado de enfermería y familiar, en el período Agosto - Octubre de 2010, con el propósito de brindar alternativas de solución con enfoque en el cuidado humanizado, frente a las posibles falencias relacionadas con el proceso de atención de enfermería.

Nota: En ningún momento se dará a conocer los resultados individuales; salvaguardando así la dignidad y confidencialidad de la persona.

Instrucción: Seleccione con una x la opción que corresponda a sus características personales

1. Aspectos sociodemográficos:

a. Diagnóstico:

b. Tipo de tratamiento: Quimioterapia ____ Radioterapia ____ Braquiterapia ____

c. Género: F ____ M ____

d. Edad: 18-25: ____ 26-35: ____ 36-45: ____ 46-55: ____ 56-65: ____ 65 y más: ____

e. Nivel socioeconómico: Desplazado ____ estrato 1 ____ estrato 2 ____ estrato 3 ____
estrato 4 ____ estrato 5 ____ estrato 6 ____

f. Procedencia: rural ____ urbano ____

g. Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Unión libre ____ Viudo ____ Divorciado ____
Separados ____

h. Nivel educativo: Primaria ____ Bachiller ____ Técnico ____ Universitario ____

i. Hospitalizado: Si ____ No ____

2. Percepción del cuidado de enfermería: Marque con una X la opción que este más acorde con su opinión sobre el cuidado de Enfermería

ÍTEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Sentimientos del usuario					
Siento que la enfermera me proporciona el apoyo suficiente en los momentos de necesidad.					
La enfermera tiene en cuenta mis creencias, costumbres, opiniones y sentimientos cuando me está atendiendo, por lo tanto me siento acogido (a) por ella.					
Los cuidados que me brinda el personal de enfermería son inapropiados a mis necesidades.					
Siento que el tiempo que me brinda la enfermera es insuficiente para dialogar e interactuar, por lo tanto desconoce mis sentimientos y opiniones respecto a mi estado de salud					
Apoyo emocional					
Siento confianza en el personal de enfermería para expresar mis emociones tales como: Tristeza, ira, angustia, alegría etc.					
En los momentos de angustia, tristeza, temor, desesperación el personal de enfermería está presente brindándome una voz de aliento y de esperanza.					
Siento que la enfermera (o) me discrimina y me rechaza por mi estado de salud.					
Percibo poco apoyo por parte del personal de enfermería frente al fortalecimiento de mi expectativa de vida.					
Apoyo físico					
Ante la presencia de dolor la enfermera (o) administra los analgésicos de manera oportuna como también indaga sobre las situaciones emocionales que lo pueden incrementar (depresión, angustia, miedo, aislamiento etc.)					
La enfermera (o) da soluciones alternativas para afrontar los efectos adversos (alopecia, anemia, depresión etc.) del tratamiento.					
La enfermera (o) muestra una actitud mecanizada al					

momento de la valoración y aplicación de los cuidados.					
Considero que es insuficiente el tiempo que me dedica la enfermera (o) para expresar todos los cambios que he percibido en el transcurso de mi enfermedad y durante la aplicación del tratamiento.					
Apoyo espiritual					
El personal de enfermería indaga y acepta mis creencias religiosas como también resalta la importancia del enriquecimiento de la misma.					
Cuando requiero orientación espiritual la enfermera (o) facilita los medios para acceder a la atención					
El personal de enfermería contradice mis creencias religiosas y poco las tiene en cuenta en el momento de atenderme.					
Percibo que el personal de enfermería es indiferente frente al componente espiritual del ser humano.					
Características de la enfermera					
El personal de enfermería es creativo, trabaja en equipo de manera coordinada, garantizando el confort y confianza en la atención.					
El personal de enfermería es simpático, amable y agradable, además muestra seguridad cuando me brinda los cuidados.					
La enfermera (o) brinda los cuidados de manera inoportuna, además carece de humildad y poco reconoce sus debilidades como persona y profesional.					
Percibo que la enfermera (o) oculta información acerca de mi situación de salud y/o tratamiento, por lo cual carece de sinceridad.					
Categoría proactividad					
Siento que la enfermera (o) aboga por mi estado de salud comunicando al médico las alteraciones relacionadas con el tratamiento y enfermedad, como también es creativa (o) en la atención.					
La enfermera (o) me da información precisa acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico como también me brinda la oportunidad de aclarar dudas relacionadas con el tratamiento y enfermedad.					
El personal de enfermería excluye a mi familia de la información y educación de los cuidados y tratamiento a seguir en el hogar.					

El personal de enfermería muestra desinterés en brindarme la información relacionada con mi estado de salud.					
Priorizar al ser cuidado					
La enfermera (o) posee el conocimiento y habilidad para identificar y priorizar mis necesidades como paciente.					
La enfermera (o) además de actuar oportunamente ante cualquier necesidad se preocupa constantemente en ayudarme a alcanzar la paz y tranquilidad interior.					
Siento que la enfermera (o) irrespeta mi identidad como persona, ya que demuestra desinterés en llamarme por el nombre y divulga mi intimidad.					
Cuando le brindo confianza a la enfermera (o) y le comento mis tristezas y preocupaciones, se dirige con reproches y/o termina contando mis secretos a terceros.					

3. Percepción del cuidado familiar: Marque con una X la opción que este más acorde con su opinión sobre el cuidado de la familia.

ÍTEMS	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Sentimientos del usuario					
Mi familia se preocupa en brindarme atención cuando me siento triste y deprimido (a).					
Mi familia respeta mis creencias, costumbres y pensamientos acerca de mi situación de salud y tratamiento.					
Considero que mi familia es desunida y poco colaboradora para apoyarme en mi situación de salud.					
Siento que es insuficiente el tiempo que me brinda mi familia para dialogar e interactuar, por lo tanto desconocen mis sentimientos y pensamientos respecto a mi situación de salud.					
Apoyo emocional					
En los momentos de angustia, tristeza, temor, desesperación mi familia está presente brindándome una voz de aliento y de esperanza.					

Confío mis sentimientos y emociones (tristeza, ira, angustia, alegría etc.) a mi familia, ya que ellos me han apoyado constantemente.					
Desde que me diagnosticaron cáncer percibo que soy una carga para mi familia, cada día los noto más distantes.					
Mi familia me brinda pocas esperanzas de vida, siempre terminan diciendo frases negativas					
Apoyo físico					
En algunas ocasiones cuando llego del tratamiento cansado (a), adolorido (a), débil, encuentro en mi familia una fuente de apoyo.					
Mi familia se preocupa por indagar acerca de mi situación de salud y sobre las indicaciones del tratamiento y efectos adversos.					
Cuando tengo dificultad para realizar las tareas diarias e higiene personal, percibo que mi familia se muestra desinteresada en brindarme la ayuda necesaria para el desarrollo de las mismas.					
En los momentos de dolor físico y demás manifestaciones de mi enfermedad, veo que para mi familia es algo normal, ya que muestran indiferencia ante mi situación.					
Apoyo espiritual					
Mi familia indaga y acepta mis creencias religiosas como también resalta la importancia del enriquecimiento de la misma.					
Cuando requiero apoyo espiritual mi familia responde a mis deseos facilitando la orientación con un líder espiritual, como también participa activamente en la predicación de mis creencias religiosas.					
Percibo que mi familia se muestra indiferente ante mis preocupaciones y necesidades espirituales, por lo tanto siento que a mi familia le desinteresa lo que yo pueda manifestar					
Siento que mi familia me está negando la oportunidad de participar con mis amigos y allegados en las diferentes ceremonias religiosas.					
Características de la familia					
Desde que me diagnosticaron cáncer mi familia ha estado interesada en conocer todo lo relacionado con mi estado de salud y tratamiento.					
Mi familia se ha preocupado en buscar diferentes formas, métodos y acciones para alcanzar mi bienestar.					

Desde que me diagnosticaron la enfermedad siento que todo ha cambiado ya que mi situación de salud no me permite ser la misma persona colaboradora en la familia, por lo cual veo que para ellos soy una carga.					
Mi familia considera mi estado de salud una amenaza para la salud de ellos y por lo tanto me siento excluido del núcleo familiar.					
Categoría proactividad					
Durante el transcurso de mi enfermedad mi familia ha mostrado estar interesada en conocer las recomendaciones del equipo de salud como también colabora mutuamente para el cumplimiento de las mismas.					
Cuando me siento incapaz de realizar cualquier actividad por mis propios medios relacionada con mi cuidado personal por ejemplo: Asistir a los controles. Mi familia me asiste mutuamente haciéndome sentir una persona útil y capaz de recobrar mis capacidades personales.					
Cuando he tenido dificultad para comprender o he olvidado las recomendaciones medicas y de enfermería, mi familia se desentiende en explicarme y recordarme dichas recomendaciones.					
En los momentos que he tenido que solucionar algún problema relacionado con mi tratamiento, mi familia se muestra desinteresada en brindarme el apoyo necesario.					
Priorizar al ser cuidado					
Desde que me diagnosticaron cáncer mi familia ha estado interesada en conocer todo lo relacionado con mi estado de salud como también indaga acerca de mis deseos y preocupaciones conservando mi privacidad ante terceros.					
Mi familia respeta y apoya mis opiniones en el momento de tomar decisiones acerca de mi situación de salud.					
En algún momento de mi enfermedad mi familia me ha obligado a realizar y/o someterme a tratamientos, prácticas, ritos en los cuales no he estado de acuerdo.					
Percibo en mi familia el interés exclusivamente en mi parte física, y dándole muy poco valor a mi parte espiritual y emocional.					

Anexo C. Tablas de presupuesto

Nombre del Investigador y formación académica / Experto/ Auxiliar	Tipo de vinculación con la universidad	Función dentro en el proyecto	Número de meses de vinculación con el proyecto	Dedicación Horas/en 8 meses	Recursos		Total
					Universidad	Contrapartida	
						Propios	
Luisa F. Cordero Peña	Estudiante	Investigador	8 meses	320	\$15.000		\$4.800.000
Sandra C. Vera Bonilla	Estudiante	Investigador	8 meses	320	\$15.000		\$4.800.000
Luis Albeiro Perdomo	Estudiante	Investigador	8 meses	320	\$15.000		\$4.800.000
Camilo Gómez Tovar	Estudiante	Investigador	8 meses	320	\$15.000		\$4.800.000
Heyber A. Cano Baquero	Estudiante	Investigador	8 meses	320	\$15.000		\$4.800.000
Edilberto Suaza	Docente	Asesor	8 meses	128	\$22.825		\$2.921.600
TOTAL					\$97.825		\$26.921.600

Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio

Equipo	Valor (Contrapartida)
Computadores portátiles	\$220.000
Teléfono Celular	\$7.000
Memorias	\$2.000
TOTAL	\$229.000

Descripción del software que se planea adquirir

Software	Justificación	Recursos		Total
		Universidad	Contrapartida	
Epi Info Microsoft Excel Versión 2007	Extracción de la muestra Tabulación de datos		\$0	\$0
			\$0	\$0
TOTAL				\$0

Materiales y suministros

Materiales	Justificación	Valor
Materiales de papelería:		\$44.100
Hojas	Impresión proyecto e instrumentos	\$23.800
Carpetas	Fotocopias instrumentos	
Lapiceros	Presentación de proyecto a las instituciones	\$2.000
Libretas de apuntes	Diligenciar encuestas	\$5.000
Discos Compactos	Anotar direcciones, teléfonos y otros datos	\$10.000
	Grabar archivos	\$5.000
TOTAL		\$89.900

Descripción de material bibliográfico

Ítem	Justificación	Valor
Metodología de la investigación	Bases para la elaboración del proyecto	\$50.000
Enfermería Medico-quirúrgica	Información sobre el cuidado de patologías	\$190.000
TOTAL		\$240.000

Descripción y justificación de los viajes

Lugar /No. De viajes	Justificación	Pasajes unidad	Total pasajes	Recursos		Total
				Universidad	Contrapartida	
Barrios de la ciudad de Neiva / 274 viajes	Aplicar el instrumento	\$1.200	\$328.800		\$328.800	\$328.800
TOTAL						\$328.800

Anexo D. Cronograma de actividades

Año 2010																																									
		FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
#	Actividad Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Elaboración del proyecto																																								
2	Revisión proyecto																																								
3	Validación proyecto																																								
4	Aplicación de prueba piloto																																								
5	Base de datos de usuarios que ingresan a la Unidad																																								

