



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
RELACIÓN DE AYUDA A PACIENTES DE NUEVO INGRESO CON
CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y
HEMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**
(Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería)

Autor: Aldana, Johanna

C.I No. 13.884.714

Tutor: Lic. Villafranca Adriana

Caracas, Noviembre de 2008

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
RELACIÓN DE AYUDA A PACIENTES DE NUEVO INGRESO CON
CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y
HEMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Caracas, Noviembre de 2008

Dedicatoria

La vida es una ruleta rusa que da vueltas y vueltas, como fue llegar a realizar el presente trabajo de investigación, sin embargo; a medida que caminaba en la vida me encontré personas que me ayudaron a desarrollarla, antes que todo siempre dios anduvo por este sendero largo que me resulto llegar aquí, él más que nadie sabe lo que es luchar en la vida, por eso le dedicó este Trabajo Especial de Grado.

A mis padres les dedico también el gran logro de estar por graduarme, ya que han sido el pilar de mi ejemplo para emprender las metas que siempre me he trazado. También existe un ser que ha sido de apoyo tanto emocional como moral, en mi entorno y que ha parte de ser mi novio es mi gran amigo, por tal motivo le dedico este logro a Luís David.

Le agradezco a la Lic. Adriana Villafranca por guiarme y darme las herramientas necesarias para que esta etapa de mi vida la culminara. A los pacientes de cáncer de mama por su grata colaboración con mi persona

Johanna Aldana

Agradecimiento

Me gustaría agradecerle a Dios primero antes que todo por iluminarme y orientarme todos los días de mi vida. A mis padres, y Luís por su ayuda e inagotable paciencia.

A todos mis profesores durante el Técnico y la Licenciatura, que me han guiado para ser un profesional preparado cada vez más.

Deseo agradecerle a la Lic. Adriana Villafranca, Lic. Mireya Villegas, Lic. Lilian Betancourt y la Lic. Teodomira de Brito, en especial a la última por brindarme su apoyo y guía en el área comunitaria.

Les agradezco a mis pacientes por su entusiasmo, ayudarme y hacerme crecer cada día como profesional.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado titulado: **DISEÑO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA RELACIÓN DE AYUDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A LAS PACIENTES DE NUEVO INGRESO CON CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA** presentada por el técnico superior universitario: Aldana, Johanna C.I. No. 13.884.714 para optar al título de licenciado EN ENFERMERÍA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de _____, a los _____ del mes de _____ de 2008

(Firma)

Lic. Adriana Villafranca

C.I No 6.320.883

TABLA DE CONTENIDO

	p.p
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ACTA DE APROBACIÓN.....	v
LISTA DE CUADROS.....	viii
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBELMA	
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	12
Justificación.....	13
II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes del estudio.....	16
Bases Teóricas	
Relación de Ayuda.....	20
El Objeto Formal y Material de la Relación de Ayuda	22
Modelo de Relación de Persona a Persona de	
Joyce Travelbee.....	28
Relación de Ayuda de Enfermería en el duelo después..	30
Cáncer.....	34
El Proceso del Cáncer de Mama.....	36
Objetivos del Tratamiento del Cáncer.....	36
Etiología del Cáncer de Mama.....	40
Epidemiología del Cáncer de Mama.....	41
Biología del Cáncer de Mama.....	42
Clasificación y Distribución del Cáncer de Mama.....	42
Estatificación del Cáncer de Mama.....	43
Síntomas del Cáncer de Mama.....	44
Responsabilidad de la Enfermera(o) que atiende al	
paciente con Cáncer de Mama.....	45
Estrategias Didácticas.....	46
Clasificación y Funciones de las Estrategias	

	Didácticas para el abordaje del paciente con cáncer de mama por parte del profesional de enfermería.....	50
	Bases Legales.....	53
	Definición de Términos.....	56
	Sistema de Variables.....	59
II	MARCO METODOLÓGICO.....	62
IV	FORMULACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO.....	69
V	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..	81
VI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	Conclusiones.....	113
	Recomendaciones.....	118
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	121
	ANEXOS	
A	Instrumento de Recolección de Datos.....	126
B	Validación del Instrumento.....	133
C	Confiabilidad del Instrumento.....	137

LISTA DE CUADROS

CUADRO N°		p.p
1	Distribución porcentual en relación a los datos estadísticos de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto a su edad.....	99
2	Distribución porcentual acerca del lugar de donde vive la paciente de nuevo ingreso con cáncer de mama que asiste al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V.....	100
3	Distribución porcentual de resultados de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama que asisten al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V. acerca de su estado civil.....	101
4	Distribución porcentual de resultados de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama que acuden por atención médica al Instituto de Oncología y Hematología de La U.C.V. acerca de la religión que práctica.	102
5	Distribución porcentual de resultados de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama que acuden por atención médica al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V. sobre los antecedentes familiares de cáncer.....	103
6	Distribución porcentual sobre el nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto a la patología que padecen.....	105
7	Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con relación a que tratamiento se le aplicará.....	106
8	Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con relación a la mastectomía.....	107

9	Distribución porcentual relacionada con la información de cuántos meses o ciclos de quimioterapia poseen las pacientes de nuevo ingresos con cáncer de mama.....	108
10	Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto al proceso de enfermedad y el tratamiento aplicado.....	109
11	Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto al proceso de enfermedad y si esta puede invadir otros órganos.....	110
12	Distribución porcentual de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama con respecto a después de la aplicación del tratamiento y los quehaceres cotidianos.....	111
13	Distribución porcentual de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama con respecto si conocen que dieta consumir durante la aplicación sus medicamentos.....	112
14	Distribución porcentual de la encuesta aplicada a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto si saben cual es profesional de la salud que pueda orientarlo en cuanto a su alimentación.....	113
15	Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que manejan las pacientes con cáncer de mama con respecto si ellas saben que después de la colocación del tratamiento pueden presentar nauseas, vómitos, disminución de glóbulos blancos y rojos.....	114
16	Distribución porcentual sobre conocimiento que poseen las pacientes de cáncer de mama con respecto a lo que es un linfedema o inflamación del brazo.....	115
17	Distribución porcentual sobre conocimiento que poseen las pacientes de cáncer de mama relacionado a que la	

	quimioterapia puede afectar el cabello, cejas, pestañas, uñas, piel, memoria, entre otros.....	116
18	Distribución porcentual acerca que si después del diagnóstico médico las pacientes con cáncer de mama han presentado cambios de humor, como depresión, llantos continuos, ira, rabia, angustia, ansiedad, entre otras alteraciones.....	117
19	Distribución porcentual sobre conocimiento que poseen las pacientes de cáncer de mama relacionado con que durante y después de la colocación de la quimioterapia el temperamento de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama puede cambiar.....	118
20	Distribución porcentual sobre si se modificara la manera de socialización de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama luego de la cirugía y la quimioterapia.....	119
21	Distribución porcentual relacionada a que si la práctica de la religión modificará la aplicación de tratamiento de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.....	120
22	Distribución porcentual sobre que en la unidad de oncología orientaron a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respeto a las normas del servicio.....	121
23	Distribución porcentual acerca de los efectos adversos o secundarios que pueda producir la quimioterapia a las pacientes con cáncer de mama de nuevo ingreso.....	122
24	Distribución porcentual acerca de la orientación de las pacientes con cáncer de mama con respecto a como prevenir o evitar las complicaciones de la quimioterapia....	123
25	Distribución porcentual acerca de los cuidados después de la colocación del tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.....	124
26	Distribución porcentual relacionada hacia la orientación de los familiares acerca de los efectos, cuidados y complicaciones de la quimioterapia que recibe las pacientes con cáncer de mama.....	125

27	Distribución porcentual de la encuesta aplicada a las pacientes con cáncer de mama con respecto a su educación continua acerca de su tratamiento le brindara mayor seguridad.....	126
28	Distribución porcentual sobre el apoyo emocional del personal de enfermería hacia las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.....	127
29	Distribución porcentual relacionada si la paciente con cáncer de mama se siente respaldada por sus familiares desde el que le diagnosticaron la enfermedad.....	128
30	Distribución porcentual de la encuesta realizada a las pacientes con cáncer de mama relacionada con la importancia de ser orientado con respecto al proceso de enfermedad durante la aplicación del tratamiento.....	129
31	Distribución porcentual acerca si estaría de acuerdo a participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación relacionada con el cáncer de mama.....	130

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
RELACIÓN DE AYUDA A PACIENTES DE NUEVO INGRESO CON
CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y
HEMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Autor: Aldana, Johanna

Tutor: Lic. Villafranca Adriana

Fecha: 2008

RESUMEN

La presente investigación estuvo dirigida a propuesta de un programa educativo para la relación de ayuda a pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela. El mismo, correspondió a un tipo de estudio de campo y descriptivo. La población estuvo conformada por 15 pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama que asisten a la sala de quimioterapia, constituyendo el total de muestra. En cuanto al instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario, conformado por dos partes, la primera de datos estadísticos constituida por 5 ítems y la segunda de 26 preguntas tipo dicotómicas (SI-NO). Validado mediante criterio de juicio de expertos y la confiabilidad por el método del coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (KR20), con un grado de confiabilidad de 0.81. Los resultados permitieron demostrar que existe la necesidad del diseño de un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama. Considerando que las pacientes deben adquirir un adecuado nivel de información acerca del proceso de la enfermedad, tratamiento que se le aplicará, cuidados y complicaciones de la enfermedad y medicamentos antineoplásicos.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la raza humana vive con demasiado estrés, un factor de riesgo fundamental en el cáncer; una de las enfermedades más temidas por el ser humano; la cual aparece en cualquier época de la vida, sin embargo su frecuencia se manifiesta en la madurez. En el sexo femenino el cáncer predomina en la tercera a cuarta década, observando su incidencia en el aparato genital afectando las glándulas mamarias y el útero con mayor probabilidades. Cuando se detecta en las glándulas mamarias se llama cáncer de mama, algunas de sus posibles explicaciones, podría ser el envejecimiento, la primera menstruación a edad muy temprana, menopausia tardía, uso prolongado de la terapia de reemplazo hormonal, tener antecedentes familiares de cáncer de mama, entre otras.

Los tratamientos que se planifican son: la mastectomía, radioterapia y quimioterapia, siendo esta última de gran significado, porque a través de ella se reduce el tumor si está localizado, o si está diseminado, prolongando la vida de la enferma; sin embargo, su utilización puede producir efectos secundarios o adversos, que predisponen a la paciente en un estado de angustia, depresión y ansiedad, originando la interferencia de sus necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de autoestima, es decir existe un desequilibrio a nivel biológico, físico, psicológico y social. Por tal motivo los profesionales de enfermería que se encuentran

cercanos a estas personas que padecen el cáncer de mama, deben orientarlas y educar para lograr ese equilibrio interno por medio de la disipación de sus dudas y preguntas internas hacia la patología que están padeciendo.

Por otra parte, la atención del paciente con cáncer de mama requiere de una actuación que ayude a preservar su estado psico-físico; lográndose a través de la relación de ayuda, ya que a través de ella la enfermera planificará la orientación, educación y la satisfacción de necesidades interferidas. Esta relación debe ser ejercida de manera terapéutica y humana posible para garantizar el éxito de la orientación de la paciente para afrontar cualquier eventualidad en sus tratamientos. Partiendo de las anteriores consideraciones se ha previsto la realización del presente estudio, cuyo propósito principal es el diseño de un programa educativo factible dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama. Es preciso señalar que la investigación se llevó a cabo en el Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela, en el periodo comprendido de Junio a Noviembre del 2008.

Esta investigación quedó estructurada de la siguiente manera:

El **Capítulo I**, conformado por el Problema, Planteamiento del Problema, Objetivos de la investigación, General y Específicos, Justificación.

El **Capítulo II**, comprende el Marco Teórico, el cual consta de: Antecedentes de Estudio, Bases teóricas, Definición de términos relacionados con el problema y objetivos planteados de la investigación.

El **Capítulo III**, describe la Metodología de la Investigación a través de un proyecto factible, el cual se divide en tres fases: la primera es el Diagnostico, la segunda el Estudio de Factibilidad y el tercero el Diseño del Proyecto.

El **Capítulo IV**, formulación del proyecto, a través del desarrollo de cada una de sus fases, y a su vez se explica el diseño del proyecto factible, técnicas e instrumento para la recolección de información, la validación y confiabilidad de instrumento, procedimientos para la recolección de datos.

El **Capítulo V**, incluye el análisis e interpretación de los resultados obtenidos mediante la implementación del instrumento de recolección de información, dichos datos se representarán en cuadros estadísticos con su respectivo análisis.

El **Capítulo VI**, se refiere a las conclusiones y recomendaciones que surgieron una vez finalizada la investigación. Por último se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Con el transcurrir del tiempo la raza humana ha adoptado un estilo de vida rápido y estresante que trae como factor determinante la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, que alteran la forma de vivir de aquel que la padece. Haciendo referencia a este aspecto, se puede destacar la existencia de diversas enfermedades que debido a su sintomatología cambian la dinámica de vida a la que ese individuo está acostumbrado, uno de estos padecimientos del panorama epidemiológico mundial es el cáncer, cuya tasa de incidencia y mortalidad varía dependiendo de la región geográfica, edad y sexo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“En 2005, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. Se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en 2015, y 11,4 millones en 2030”.

Lo anteriormente expuesto demuestra la morbilidad y mortalidad de alta incidencia que produce enfermedades como el cáncer. En países en vías de desarrollo la situación económica de la mayoría de las personas es difícil, en donde cabe acotar que este cuadro social se presenta para individuos con un perfil clínico saludable, en el caso de padecer una enfermedad de esta magnitud la situación se torna mas delicada ya que la persona necesita poseer una solvencia económica para cubrir necesidades de diversos índoles como la alimentación, la adquisición de medicamentos complementarios a la quimioterapia o radioterapia, entre otros.

Esta situación se hace critica al momento que la persona afectada es el único soporte económico en el hogar, a raíz de esto los aspectos físicos y psicológicos del individuo se ven modificadas trayendo como consecuencias cambios bruscos en su patrón de vida.

Países como Venezuela no se escapan de esta realidad, ya que según el Ministerio de Poder Popular para la Salud en su Anuario de Morbilidad del 2006, detalla que entre las veinticinco principales causas de mortalidad, el cáncer es la segunda causa de muerte con una cifra de 18.543 que representa un 15,32% sobre la población diagnosticada, y corroborando estas estadísticas específicamente se puede abordar el cuadro particular que presenta el cáncer de mama, ya que según fuentes oficiales de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela “92% de los casos se

diagnostican en mujeres mayores de 35 años” y concretamente tomando en cuenta el sexo de los pacientes se evidencia una proporción de que “por cada cien casos diagnosticados en mujeres, se diagnostica uno en hombres”.

Lo anteriormente mencionado evidencia la problemática de las mujeres que padecen cáncer de mama en nuestro país, trayendo como consecuencia situaciones que afectan directamente la integridad física del paciente, esta situación se puede constatar en el Instituto de Oncología y Hematología (I.O.H) ya que para el año 2007, se registro una cifra de 70 pacientes de nuevo ingreso con diagnostico de esta patología, donde en dicho instituto se manejan cifras diarias de 35 personas para recibir tratamiento de quimioterapia y se cuenta con un equipo de cinco oncólogos cada uno con un promedio de consulta diaria de 10 a 15 pacientes con diversos tipos de cáncer, esta alta concurrencia se presenta como un problema para el personal que labora en este centro asistencial ya que el mismo es insuficiente para escuchar u orientar a las pacientes que padecen de manera reciente esta patología.

Hay que resaltar que muchas de estas personas debido a los diagnósticos médicos son intervenidos quirúrgicamente y en ocasiones pierden permanentemente algún miembro de su cuerpo que representa un peligro expansivo para el resto del organismo, en el caso específico del cáncer de mama este tipo de intervenciones se acentúan debido a que el punto de tratamiento recae sobre lo que para muchas

mujeres es el símbolo del atractivo femenino y sienten este tipo de tratamientos como una agresión ya que en muchas ocasiones tienen que perder una de sus mamas.

A esta situación se le pueden añadir las terapias antineoplásicas donde su apariencia personal se ve afectada perdiendo progresivamente la belleza que socialmente se asigna al sexo femenino, todas estas circunstancias generan diversos sentimientos en el paciente y es allí donde empiezan las dudas sobre que hacer, y dichas incertidumbres se acrecientan al momento de iniciar las quimioterapias en conjunto con el proceso de adaptación a su nueva vida, por tal motivo para Whaldo (1985) “En el diagnóstico de la enfermedad y luego en los tratamientos, el paciente y familia pasarán por muchos procedimientos y pruebas dolorosas y difíciles de superar que pueden ocasionar traumas, desesperación, desaliento y hasta pérdida de sus creencias” (p.819). Estos sentimientos encontrados y ligados generan una sensación de culpabilidad y reproche por parte del paciente, donde sus familiares se ven afectados y no saben como manejar dichas circunstancias.

Considerando que Orem define el autocuidado como:

“una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>.

Lo anteriormente se puede constatar en los pacientes con mastectomía parcial o radical, ya que los mismos deben desarrollar un perfil de auto cuidado desde su intervención hasta la culminación de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, en donde las acciones educativas del personal que se relaciona con ellos a nivel de paciente oncológico deben ser específicas, es por ello que hay que tomar en cuenta que el personal médico y las enfermeras que lo atienden durante el pre-tratamiento y post tratamiento tienen en sus manos el rol de docentes u orientadores durante la evolución de su enfermedad y el nuevo rumbo que tomará su vida cotidiana.

Las instituciones donde se les brinda atención médica y concretamente las unidades de oncología, deben poseer una estructura física y ambiental sólida basándose en un personal altamente calificado con un alto sentido de la orientación, puesto que las experiencias que viven las pacientes de cáncer de mama dentro de estas instituciones, generan en la mayoría de los casos ansiedad predisponiendo a la depresión y el retraimiento frente a la enfermedad, tampoco se puede obviar en todo este contexto el entorno familiar que atraviesa un comportamiento similar ocasionado por el vínculo emocional, biológico y legal que existen entre ellos, esto viene dado por la falta de información acerca de cómo tratarse como paciente y como hacerlo como familiar.

En un servicio general como la Instituto de Oncología y Hematología (IOH) de la UCV donde se presta atención a pacientes con cáncer de mama, se puede apreciar con gran preocupación que las diversas actividades que se realizan para cumplir con los lineamientos de administración de los tratamientos, pareciera ejecutarse de manera rutinaria o monótona, debido a la ardua jornada laboral basada en la alta concurrencia de pacientes que acuden a dicha institución, este índice se puede calcular en un promedio de 30 a 35 pacientes diarios, que semanalmente se traduce a una cantidad de ciento cincuenta (150) a ciento setenta y cinco (175), dependiendo de la cantidad diaria; dicha labor se realiza en un solo turno en la actualidad, existe un proyecto de realizar un turno en la tarde pero como siempre se ha realizado las labores en la mañana, donde en el presente existen nueve (9) profesionales de enfermería: dos licenciadas, 7 Técnicos superiores universitarios y un auxiliar de enfermería, la preparación de los medicamentos antineoplásicos esta bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que en ocasiones prepara por pacientes hasta cinco medicamentos de esta clase, que multiplicado por la carga horaria del día, es una cantidad excesiva y a veces un profesional de enfermería brinda ayuda en dicha actividad. En cuanto a la administración se reparte las labores de día de la siguiente manera: Un profesional recibe el tratamiento y organiza los pacientes para la cateterizar vías, dos de ellos realizan esta actividad, uno ayuda a la farmacéutico y los demás se encargan del cambio y vigilancia del área de quimioterapia, donde no existe una asignación específica de usuarios, lo que conduce a una mecanización del proceso de atención al usuario, manejándose como una patología simple, sin tomar en

cuenta el aspecto psicológico y el autocuidado que debe desarrollar el paciente en el hogar, el cual debe ser infundido y guiado principalmente por el personal de enfermería.

Considerando que la enfermera (o) es un ente educativo, que ayuda a madurar y que se propone a facilitar la transición hacia una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva en la integración de este ser que está bajo su cuidado, para orientarlo y guiarlo en su nuevo tren de vida. Por lo tanto, cuando el tratamiento es iniciado para contrarrestar la enfermedad, los esfuerzos tienen que orientarse a conseguir el autocuidado, apoyándose en favorecer una mejor calidad de vida, donde puedan percibir apoyo de la gente que lo rodea indistintamente del contexto que se encuentren y puedan conseguir en sí mismos la fuerza vital para afrontar las nuevas situaciones que están por experimentar.

Pareciera existir la interrogante, sobre la relación de ayuda que el profesional de enfermería puede brindar a los pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama y sus familiares.

Basándose en dicho planteamiento se formularon las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las posibles necesidades educativas que enfrentan las pacientes con cáncer de mama durante el proceso de la enfermedad en el IOH de la UCV?

¿Cuáles son las acciones de relación de ayuda que el profesional de enfermería puede realizar en el manejo del paciente con cáncer de mama en el IOH de la UCV?

¿Cuál será la factibilidad de desarrollar un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama en el IOH de la UCV?

¿Cómo será el diseño de un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama en el IOH de la UCV?

En tal sentido la investigadora se ha planteado la siguiente interrogante como estudio de investigación:

¿Cuál será el diseño de un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del IOH de la UCV?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Diseñar un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del I.O.H de la U.C.V.

Objetivos específicos:

1. Identificar las posibles necesidades educativas que enfrentan las pacientes con cáncer de mama durante el proceso de la enfermedad en el IOH de la UCV.
2. Determinar las acciones para relación de ayuda que el profesional de enfermería puede utilizar en el manejo del paciente con cáncer de mama en el IOH de la UCV.
3. Determinar la factibilidad de desarrollar un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del IOH de la UCV.

4. Diseñar un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del IOH de la UCV.

Justificación

El cáncer de mama es una patología que ha incrementado su incidencia en las últimas décadas, representando un alto porcentaje de mortalidad en mujeres menores de 30 años, las mujeres que padecen este cuadro clínico presentan a consecuencia de esta enfermedad diversos cambios que afectan profundamente a la persona, variando en diversos aspectos según cada caso en particular, entre estos cambios se puede mencionar los psicológicos conformadas por cuadros de depresión, temor, angustia, ansiedad, desesperación, entre otros; en otro aspecto se observa una desmejora substancial en lo referente al autocuidado debido a los procedimientos médicos a los cuales pueden estar sujetos, como en el peor de los casos podría ser una mastectomía parcial o total, la cual representaría un duro golpe para el paciente ya que las glándulas mamarias representan un alto sentido de la belleza femenina.

Luego se enfrentan a la administración de tratamientos endovenosos como la quimioterapia, tratamiento que busca de la erradicación de la enfermedad donde sus efectos secundarios causan un alto impacto en la fisonomía interna del paciente, manifestándose en el exterior de maneras puntuales propias de este tipo de

tratamientos como es la caída del cabello, pestañas, y cejas, consecuencias adversas como son las náuseas, emesis, neutropenia, destacando que no solo el paciente se evidencia en un estado de derrota física y emotiva sino también sus familiares, creándose un clima de confusión de cómo debe enfrentar las circunstancias vividas actualmente y originando en el hogar un ambiente de tensión por el desequilibrio emocional presente.

Por lo expuesto anteriormente los cuidados de enfermería deben orientarse no solo a abarcar la fase farmacológica basada en la preparación y administración de las terapias antineoplásicas, sino que debería poseer un enfoque en el aspecto psicológico y a la relación de ayuda dirigido a los pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama, en este caso en particular a los pacientes que se dirigen al IOH, que necesitan, toda la educación e información pertinente a su autocuidado, su estado de salud actual, posibles enfoques de cómo debe involucrarse dentro de la sociedad y como debe ser la convivencia con sus familiares, tratando de esta forma de minimizar los niveles de angustia y ansiedad causados por los procedimientos o terapias que se deban llevar a cabo para la erradicación de patología degenerativa, hay que destacar que es cierto que el profesional de enfermería es el miembro de salud que permanece más tiempo junto al paciente, no es menos cierto que debe proporcionar una atención de calidad incluyendo la confianza y la empatía necesaria que le permita interactuar equilibradamente con sentido ético y humano con el paciente con cáncer de mama y su familia dirigiendo su relación de ayuda como la fase fundamental en la

recuperación de la misma para que acepte su enfermedad y se fortalezca durante el padecimiento de la enfermedad.

El interés de la realización de esta investigación es el diseño o creación de un programa educativo donde se proporcione estrategias educativas o didácticas factibles como: folletos, trípticos, dícticos, charlas, manual educativo, que le brinde información necesaria a las pacientes con cáncer de mama, para mejorar y garantizar la relación de ayuda enfermera-paciente, para su orientación de cómo enfrentar su enfermedad y sentirse más seguro cuando sea sujeto a procedimientos considerados agresivos como son las quimioterapias y la radioterapia.

Por otra parte la paciente con cáncer de mama y su núcleo familiar obtendrán información útil para su interrelación, Así mismo fomentará sentimientos de seguridad, confianza, tranquilidad, y de aceptación, fortaleciendo a los miembros de la familia y educando al paciente a que todo no es negativo durante su enfermedad.

Se plantea como expectativa que este trabajo sirva de estímulo para futuras investigaciones, que aporte conocimientos nuevos y complemente los previos antecedentes para así fomentar un aprendizaje significativo en el personal de enfermería y alentar la investigación sobre la relación de ayuda del profesional de enfermería, para la solución de esta problemática dentro de la carrera.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

González, R y Hernández, K. (2006), en su estudio sobre la “Relación de ayuda como herramienta que utiliza el profesional de enfermería en pacientes quirúrgicos en la Etapa Preoperatoria inmediata en el área preanestésica”. El objetivo principal fue determinar la relación de ayuda a través de la comunicación utilizada por el profesional de enfermería en pacientes quirúrgicos en la Etapa Preoperatoria inmediata en el área de preanestésica de la Unidad Quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas.

En dicha investigación se utilizó un diseño no experimental y el tipo de estudio fue descriptivo. La población objeto estuvo conformada por veinte (20) pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente. Los resultados que obtuvieron fueron que un mediano porcentaje de los profesionales de enfermería no usan la comunicación verbal de manera eficiente para interrelacionarse con el paciente quirúrgico durante la etapa preoperatoria inmediata, no utilizando en momento oportuno, la claridad y

precisión del mensaje, comprensión de palabras, expresión de mensajes motivantes y entonación de la voz.

Las autoras llegaron a la conclusión que un porcentaje medio de profesionales de enfermería no utilizan el contacto visual, el tacto, aspecto físico, uso de gestos, el silencio y expresión facial para transmitir el mensaje a los pacientes quirúrgicos. Se cita esta investigación debido a que confirma que el personal de enfermería que labora en unidades de arduo trabajo o con jornada laboral fuerte, no ponen en práctica diversas habilidades que fomentan la relación de ayuda con el paciente.

Profundizando en este campo Bazón, F. Flores, M. y Flores, M. (2005) realizaron un estudio cuyo objetivo principal fue determinar la relación de ayuda que brinda el profesional de enfermería al familiar del paciente pediátrico hospitalizado en la Unidad de Hidratación de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejeras. La investigación correspondió a un estudio enmarcado dentro del diseño transaccional descriptivo de campo univariable, con un instrumento de recolección de datos que consistió en una guía de observación estructurada por 27 ítems que fue validado por el juicio de expertos. Los resultados obtenidos en dicha investigación reflejaron que un promedio del 66% de los elementos muestrales no establecen una comunicación terapéutica efectiva con el familiar del paciente, llegando a la conclusión que la relación de ayuda proporcionada por las enfermeras a estos familiares es limitada, debido a que toman desinteresadamente el aspecto psicológico, afectivo y emocional

de los familiares del paciente pediátrico. Lo que las autoras en su investigación obtuvieron refuerza la existencia de la presente investigación, ya que al igual que el paciente pediátrico, los pacientes que padecen de patologías como el cáncer de mama merecen y/o necesita que el profesional de enfermería que lo atiende brinde relación de ayuda en correlación con su nuevo proceso de vida y el de sus familiares.

Así mismo Agüero, R., Hernández, N. y Pérez, I. y otros (2005) ejecutaron una investigación con la finalidad de determinar la relación de ayuda que establece el profesional de enfermería con las usuarias con cáncer de cuello uterino que acuden a la Unidad Clínica de Ginecología del Hospital “Dr. Luis Razetti de Caracas. El estudio fue de tipo descriptivo con un diseño de campo y transversal. Se utilizó un cuestionario de escala dicotómica (SI-NO). Estructurado por 23 ítems para recolectar la información, la población en estudio estuvo conformada por 20 usuarias. La validez del mismo se obtuvo por el juicio de expertos y la confiabilidad por el método de TEST-RETEST. Los resultados obtenidos evidenciaron dificultades en cuanto a la relación de ayuda que debe establecer el profesional de enfermería con las usuarias con cáncer de cuello uterino en cuanto a los criterios como la aceptación, conexión, empleo terapéutico del yo y autenticidad. Las investigadoras recomendaron realizar talleres de sensibilización dirigidos al personal de enfermería, para favorecer el intercambio de opiniones a fin de buscar soluciones a la problemática detectada. Este diseño experimental sustenta la actual investigación ya que el personal de enfermería

que labora en unidades oncológicas debe mantener una relación de ayuda dirigida al paciente de manera: sensible, grata, amable y como personal que brinda un servicio.

Ortiz, E. Ortiz, P y Vivas, A. (2000), desarrollaron un estudio titulado “Relación de ayuda proporcionada por el profesional de enfermería al paciente colostomizado que ingresa a la Unidad Clínica de Cirugía I, II y III del Hospital “José María Vargas” de Caracas, el objetivo general fue determinar la relación de ayuda proporcionada por el profesional de enfermería al paciente colostomizado. Las dimensiones fueron los aspectos comunicacionales, psicológicos y sociales que permitieron establecer la relación existente entre los valores cualitativos obtenidos de la administración del instrumento a los profesionales de enfermería y a la aplicación cualitativa de la frecuencia con que estos profesionales cumplen con las actividades descritas en relación de ayuda proporcionada a los pacientes colostomizados.

El tipo de estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo, estuvo conformado por dos poblaciones. La población “A”, representada por enfermeras de atención directa, bachilleres asistenciales, técnicos superiores y licenciados y la población “B”, por los enfermos recluidos en dicho centro. La muestra “A” quedó integrada por el 100% de la población debido a que esta era pequeña y la muestra “B” por el 50% de la población, los resultados de esta investigación concluyeron que existe influencia entre la relación de ayuda y el enfermo colostomizado. Las conclusiones que se llevaron a cabo con el estudio presentado anteriormente sustenta

las primicias de la presente investigación, ya que la relación de ayuda en el personal de enfermería conlleva a unos mejores resultados al momento de abarcar los aspectos comunicacionales, psicológicos y sociales relacionados con el paciente, y de esta manera poder desarrollar un trabajo profesional a plenitud que contribuya de una manera sustancial en la forma como un paciente de nuevo ingreso pueda llevar una vida normal teniendo presente sus limitaciones actuales.

Bases Teóricas

Relación de Ayuda

Marriner (2000) describe que: “la relación de ayuda tiene como objetivo ayudar a las personas enfermas o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema... va a permitir a la enfermera trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a las personas a movilizar sus recursos”(p.803). Lo anteriormente expresado define la relación de ayuda como aquella que entabla el profesional de enfermería, con un paciente o un individuo que esta bajo sus cuidados, donde este consigue un beneficio de dicha simbiosis, porque cada vez que la enfermera planifica sus acciones de enfermería y reevalúa el proceso de atención, ella trata de jerarquizar las necesidades, y así mejorar el estado de salud actual del paciente no solo por la parte física sino emocional y psicológica del mismo, por ello la enfermera (o) deben implementar estrategias didácticas que permitan llevar

la información, al paciente y familiares logrando la estabilidad por poseer conocimiento acerca de la enfermedad.

En el mismo orden de ideas Bermejo citado por Bazón, F. Flores, M. y Flores, M. (2005) refieren que la relación de ayuda “es también la creación de relaciones humanas que potencie actitudes facilitadoras para la interacción, va a permitir a la enfermera trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a las personas a movilizar sus recursos, permitirá crear condiciones favorables para el desarrollo de las personas, de la familia o del grupo y va a favorecer el crecimiento profesional de la enfermera” (p.16).

Así mismo Parada (1999) define la relación de ayuda como “la relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera mas adecuada” (p.336).

Los conceptos citados anteriormente definen la relación de ayuda como aquella que permite brindarles atención de diversos índoles a las personas enfermas, las cuales se verán beneficiadas a través de la interacción con la enfermera (o), ya que este será el ente orientador, informativo, y guiador referido a todo lo que esta relacionado al proceso de enfermedad, especificaciones de procedimientos como la

mastectomía, alimentación, autocuidado, tratamientos como quimioterapia y radioterapia, y como vivir con su nueva condición dentro de su entorno actual.

Hay que tomar en cuenta que esta relación de ayuda se extiende hasta los familiares, que se encuentran inmersos en dichos cuidados desempeñando un papel crítico y fundamental en todo el proceso de la patología, ya que ellos se ven afectados por no saber como ayudar a su propio pariente, y al no sentirse útiles su relación con estos se ve mermada, llegando a situaciones de depresión y culpabilidad, allí entra el rol del profesional de enfermería de educar al paciente para enfrentar esta nueva etapa en su vida, y así superar todos aquellos efectos adversos que le produzcan los tratamientos en su vida cotidiana conjuntamente con una educación complementaria dirigida a los familiares que representan el pilar de apoyo del paciente.

Objeto formal y material de la relación de ayuda.

Pérez, A. (2002) describen que el objeto formal de la relación de ayuda se “puede centrarse en el problema, concretamente en su valoración y solución, o en la persona, en todo su ser y su sentir”. Lo anteriormente señala que el profesional de enfermería desde que inicia su interacción con el paciente y jerarquiza sus necesidades, se interrelaciona con el mismo e implícitamente o explícitamente pone en práctica la relación de ayuda como un ente de amistad, trasmisor de armonía y

confiabilidad dentro del entorno hospitalario, orientando e informando a esta persona para cubrir todos aquellos aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales los cuales se puedan ver afectados por su actual condición; todo esto sin dejar a un lado que tanto el profesional de enfermería como sus familiares son las personas que brindan apoyo al paciente durante el proceso de detección y tratamiento de la enfermedad, ayudando a afrontar sobre todo los posibles efectos secundarios del tratamiento como en el caso específico de la mujer con cáncer de mama, es la caída de cabello y la mastectomía, muchas veces no solo afectando aspectos físicos, sino a su vez aspectos psicológicos como es la pérdida del autoestima y la confianza en el establecimiento de relaciones íntimas con su conyugue.

Según Hurtado (2004): “Los conceptos que fundamentan la relación de ayuda en enfermería, fueron desarrollados por autores como Peplau, Henderson V. y Travelbee J.”, donde Henderson identifica tres tipos de relación enfermera – paciente, que dependerá de la capacidad de valoración de está, en las cuales la enfermera (o) actuará como: un profesional que es sustituto, en algunas actividades que se emprenda a realizar el usuario, es decir el cuando la dependencia del individuo es total; incapaz de establecer sus necesidades en forma autónoma por no tener la fuerza, el valor o los conocimientos necesarios para ello, en todos los sentidos el personal de enfermería es la mano derecha de la paciente con cáncer de mama, esto sucede cuando se le realiza la mastectomía y en su autocuidado recae solo en los familiares

y la enfermera que le presta atención. En esta situación la rehabilitación es fundamental para prevenir mayores complicaciones y fortalecer las capacidades remanentes.

La segunda relación es llamada de ayuda, aquella que sucede cuando la enfermera apoya las actividades, fomentando la funcionalidad a fin de mantener o motivar la independencia del paciente. Por último se encuentran la de compañera, es aquella relación donde la enfermera (o) actúa como consejera o asesora para que conserve su salud, dejándole en libertad de acción para tomar sus decisiones, respecto a su vida cotidiana.

Esto significa que la relación de enfermería con el enfermo se desenvuelven a raíz de la observación y la valoración de ella sobre las necesidades del paciente, por tal motivo el personal de enfermería que labora en unidades de quimioterapia debe entablar una conversación y comunicación cordial con el paciente durante su estadía en dicho servicio, ya que esto permitirá que la relación se vaya a utilizar en una ocasión u otra, pero lo más evidente para los casos de los pacientes con Cáncer de mama será la relación de ayuda, ya que esta permitirá fomentar la motivación interna del usuario por medio de la información prestada, y apaciguar la ansiedad que genera padecer una enfermedad como esta.

Peplau citado por Hurtado (2004) “en su modelo de enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, en la que analiza la relación de enfermera/o-paciente; en las que identifica y describe cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución”. Esta teoría fundamenta que la relación de enfermería debe centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y en la parte sentimental de la paciente para crear una relación enfermera (o) – paciente que permita afrontar y resolver los problemas que aparezcan de manera ligada.

Así mismo, Marriner (2000) cita a Travelbee: “afirma que el propósito de la enfermería se alcanza mediante el establecimiento de una relación a través de interacciones de humano a humano, y consiste en ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad” (ob.cit). Por ello hay que destacar que la comunicación dentro de la relación de ayuda es indispensable para adquirir de persona a persona un proceso de empatía y simpatía, para así poder implementar la educación en el entorno del paciente y familiar acerca del padecimiento que afronta en dicho momento.

Estilos de Relación de Ayuda

Bermejo citado por Hurtado (2004) detalla cuatro estilos de relación de ayuda, y se utilizan depende de la situación que se este enfrentado en cierto momento, como

el estilo de relación llamado autoritario aquel que se centra en el problema, y la situación vivida se debe resolver de forma inmediata o directa. No se busca los recursos del propio paciente, sino que usa los suyos propios implementándolos de manera eficaz y conseguir así la resolución de la problemática detectada.

Existe otro estilo denominado democrático, o cooperativo, centrado su atención en el problema del paciente, y que la actitud o el papel que adopta la enfermera en este caso es de forma facilitadora, en la que se implica a las personas para buscar solventar el problema.

En tercer lugar encontramos que el autor destaca el “Paternalista”, como aquel “centrado en la persona” o paciente y la perspectiva que posee este con respecto a como vivir el problema, aquí la actitud de enfermería es directa, se sobre protege y se toma la responsabilidad de la situación actual del paciente, y el cuarto estilo, es más apto para pacientes con cáncer de mama es el “Empático”, que va dirigido a la persona con una actitud facilitadora. Sucede cuando se ayuda a la persona, dependiendo de lo que cree que debe hacer en relación a lo que puede realizar. Es decir la enfermera cumple en estas circunstancias su función educadora, por medio de la empatía busca la manera de orientar a la mujer que padece cáncer de mama, ya que debe fomentar que su apariencia física no es todo sino curarse de la enfermedad que padece, y explicarle al entorno familiar que ella como ser humano se debe relacionar,

y aunque no puede realizar las mismas labores o actividades que realizaba antes, no es una persona que hay que aislarla de todo lo que hacia, ya que puede caer en depresión por no sentirse útil en la vida, con la ayuda de un autoestima baja por la apariencia física que le puede dejar la mastectomia, los efectos adversos de la quimioterapia y la radioterapia, a raíz de esta situación el rol de enfermería es entablar el estilo de relación de ayuda que ella crea mas idónea para permitir apoyar a la paciente.

Reafirmando el objeto de la enfermería oncológica; se encuentran la perspectiva de Brunner y Suddarth (1997) y la define como: el campo que abarca personas de todas las edades y de todas las especiales asistenciales; se ejerce en diversos medios, incluidos el hogar, la comunidad, instituciones de asistencia inmediata (aguda) y centros de rehabilitación. El alcance, funciones y objetivos de esta especialidad son tan heterogéneos y complejos como los de cualquiera otra.

La asistencia a cancerosos se acompaña de problemas especiales, porque se ha equiparado la palabra cáncer con dolor y muerte. Es preciso que el personal de enfermería analice sus propias reacciones hacia las neoplasias y fije objetivos que puedan alcanzarse en la práctica, tener cualidades y entereza para apoyar al enfermo y a sus familiares en situaciones físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales de muy diversa índole. A efecto de lograr los objetivos deseados, hay que apoyar en

forma realista a quienes se asiste, para lo que se utilizan como base las normas de prácticas y el proceso de enfermería. (p.272)

Modelo de Relación de persona a persona de Joyce Travelbee. Hobbie (1994):

Para el desarrollo de la teoría de Travelbee influyeron considerablemente experiencias que vivió durante su formación en enfermería y durante sus primeras prácticas en instituciones católicas de caridad. Ella en su teoría establece que “el propósito de enfermería es ayudar al individuo, familia o comunidad a prevenir o enfrentarse con las experiencias que supone la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, también a encontrarle un sentido a dichas experiencias” Hobbie (1994) (p.356). Lo cual refleja que enfermería debe enfocarse hacia las necesidades más susceptibles del paciente, familia y comunidad que requiere apoyo. Considerando que la autora pretende canalizar su teoría en la atención directa, integral y total enfocada en la parte humana y en la relación de ayuda y apoyo que se debe brindar al paciente con cáncer de mama y a su familia, estos poseen un sistema de interrelación un poco dificultoso, es decir los lleva a tener una relación un poco reducida de personas, el profesional de enfermería que le brinda servicio, el medico que lo atiende y el familiar que lo acompaña a los tratamientos, este ser humano debe establecer una relación de persona a persona, la cual constituye el medio a través del cual se consiguen los propósitos, de ayudar a enfrentarse con las penas

experiencias que supone la enfermedad y el sufrimiento físico y espiritual que la embarga y a su entorno familiar.

Ésta describió afirmaciones teóricas las cuales apoyan el propósito de la presente investigación, ya que ella habla de la relación persona a persona, mediante el rol de enfermería para brindar una relación de ayuda estable como lo requieren los pacientes con cáncer de mama, tales afirmaciones se detallan a continuación:

- 1.El propósito de enfermería se alcanza mediante el establecimiento de una relación de persona a persona.
- 2.Todas las personas en algún momento de su vida deben enfrentarse a la enfermedad y al dolor (sufrimiento mental, físico o espiritual) y finalmente se encuentra frente a la muerte.
- 3.La enfermedad y el sufrimiento son encuentros espirituales, así como experiencias emocionales y físicas.
- 4.Hay que ayudar a los individuos a encontrar un sentido a la experiencia a la enfermedad y al sufrimiento. Dicho sentido puede capacitar al individuo para enfrentarse a los problemas derivados de estas experiencias.
- 5.Los valores espirituales y éticos del enfermo/a o sus creencias filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinan la medida en que es capaz de ayudar a los individuos y a las familias a encontrar un sentido (o ninguno) a estas experiencias difíciles.
- 6.Es responsabilidad del personal de enfermería ayudar a los individuos y a las familias a encontrar un sentido a la enfermedad y el sufrimiento (si ello es necesario). (Hobble, 1994, p.356)

Las afirmaciones anteriormente expuestas pretende enfocar el sentido actual de esta investigación, ya que la relación de ayuda de enfermería hacia la paciente que padece cáncer de mama, es ofrecer una mano amiga que este allí desde el diagnóstico

de la enfermedad, pasando por tratamientos quirúrgicos, sistémicos o locales como lo son: la radio y quimioterapias.

Considerando que el profesional de enfermería es aquel ente de salud que se encuentra en mayor contacto con el usuario y el entorno familiar, y que su vez estos les formulan preguntas con respecto a los procedimientos que se le práctica, de cómo llevar su vida en la actualidad, como alimentarse y muchas otras interrogantes que son inquietud y angustia para dichos individuos, por eso hay que razonar que la enfermera (o) poseen la labor o el rol de fomentar la educación para la salud a través de estrategias didácticas que le ayuden a fomentar su relación de ayuda hacia el paciente, así esté se beneficie y baje los niveles de estrés, depresión y angustia que vive por padecer esta enfermedad.

Relación de ayuda de enfermería en el duelo después de diagnóstico del cáncer de mama.

Los seres humanos vivimos en sociedad y establecemos vínculos; con familiares, objetos materiales y hasta banalidades con su propio cuerpo. Lo que sucede con una mujer que padece cáncer de mama, que sufre de apego a su forma física ideal, que desea mantenerse toda su vida con sus dos senos, pero cuando se diagnostica esta enfermedad se producirá separación de su ideal físico y si hay separación, se producirá el duelo. Esto sucede en la etapa cuando el medico decide

realizar la mastectomía radical o parcial, o a la hora del tratamiento de quimioterapia cuando se pierde el cabello, el cambio físico es muy evidente a su aspecto personal, lo que permite que la paciente entre en duelo porque la separan de su felicidad emocional para darle una mala noticia en cuanto su integridad física o es sinónimo de muerte y eso le ocasiona a ella y a su entorno familiar una separación produciendo un duelo por su actual proceso de salud.

Según Pérez, I (2004). Se entiende por duelo “Una aflicción. Sus causas pueden ser: la muerte de una persona amada o una gran desgracia, o el tiempo posterior a la muerte de una persona amada, de la pérdida de algún valor o de una desgracia” (p.2).

Siguiendo el mismo orden de ideas “el duelo se entiende como una crisis accidental” (Erikson; 1959) (ob.cit., p.2). Por la cual se produce una alteración psicológica aguda que se ha de entender como una lucha por lograr un ajuste y una adaptación a un problema insoluble. Donde se experimenta un dolor muy fuerte, como el que afrontan las pacientes con cáncer de mama.

Dichas personas debe estar inmersa en una adaptación, aquella que se refiere a la aceptación de una nueva vida y el proceso de experiencia total. La mezcla de la pérdida, el duelo, la aflicción hacen que la persona pierda su seguridad y control; la persona después de uno de estos procesos nunca será la misma, pudiéndose producir una reacción de crecimiento o todo lo contrario. Por otra razón el duelo se describe

también como una evolución hacia la recuperación del equilibrio personal. Es decir circunstancias que pasan para que la persona renazca de sus propias cenizas, y sane de la ruptura emocional que le ocasiona aquel shock en su vida.

El desequilibrio que sucedió por la noticia recibida, origina la aparición de una serie de etapas sin ningún orden establecido.

Las etapas son las siguientes:

“**Impacto.** En este momento la persona evidencia la pérdida. Puede durar desde algunos instantes a muchos días” (ob.cit., p.3). Esto sucede después de diagnóstico de la enfermedad o cuando se le dice a la familia, que ya no se puede ayudar más a su familia, y desahucia.

“**Negación.** La persona niega la realidad de la pérdida o se resiste a tomar conciencia de la realidad” (ob.cit., p.3). En esta etapa ellos niega que le está sucediendo a ellos, y dicen por ejemplo seguramente deber haber algún error. Durante esta etapa el paciente aun no está preparado para reconocer la gravedad de su enfermedad. Algunos conservan la negación hasta el momento de la muerte, y siempre miran hacia adelante como si fuera haber mejoría, y en el caso cuando se trata de un paciente con cáncer de mama, recién diagnosticado la negación llega hasta el límite de decir que no tengo nada, y que va a pasar conmigo es error, y pueden llegar hasta pensar que es mentira o una pesadilla.

“Rabia, cólera. La persona ante esta situación límite reacciona violentamente. Genera violencia porque hay una situación inasumible” (ob.cit., p.3), en cuánto a este punto es frecuente que se desquite con los que tiene mas cerca y quizá critique mucho la atención que recibe, sobre todo de la enfermera y el medico que lo atiende, o al caso más grave del familiar que se encuentran al lado, se quejan por todo.

“Tristeza. Se empieza a identificar la pérdida. Se entra en una situación de soledad profunda y de íntima conciencia de sufrimiento” (ob.cit., p.3). En este caso la paciente o el paciente, se siente defraudado por la vida, pero comienzan a tomar conciencia de lo que le esta pasando.

“Negociación. Se inicia un proceso de aceptación. Se es consciente de la pérdida y realiza una negociación con quien cree que puede darle soluciones: médicos, Dios, recursos alternativos, etc., porque la pérdida se le hace insoportable” (ob.cit., p.3). En esta parte del duelo van regateando con personas o con el destino, como por ejemplo si me curo voy a portarme mejor en la vida, y a solucionar o cambiar mi forma de ser, esto es un típico comentario de las personas, donde sienten que su salud esta involucrada.

“Aceptación. La persona asume que la pérdida se ha producido.” (ob.cit., p.3), aquí ya se acepta por completo el proceso por el que se esta pasando, y se

puede llegar hablar con el medico para colocarse en control y como se puede solucionar el problema.

Los familiares pasan por las mismas etapas del paciente pero muchas veces no de la misma manera. La enfermera puede ayudarlo procurándoles intimidad, permitiéndoles el acceso al paciente y mostrándoles un poco de amabilidad para consolarlos por la situación que esta enfrentado en la actualidad. Es importante que los familiares sientan que su enfermo y ellos, reciben la mejor atención posible. Ayudarlo a salir de la depresión por el diagnostico dicho por su medico, y también si la enfermedad esta muy avanzada a la hora de morir ayudarlo con dignidad y paz es quizá una de las contribuciones más valiosa que puede hacer la enfermera a la tranquilidad del paciente y sus familias.

Cáncer

Antes de entrar de lleno en el concepto que se refiere al cáncer. Hay que tomar en consideración primero que existe una rama de la medicina que se encarga de este tipo de malignidades que afectan a la raza humana, llamada oncología y según Martínez (2004): “es la ciencia que estudia todo lo relacionado con el cáncer; los síntomas que presenta, su diagnostico y su tratamiento” (p.261). Esta rama de la medicina, también se ha esparcido hacia la enfermería creando en la actualidad una especialidad nueva que es la enfermería oncológica, lo malo de la situación, es que

hacen falta postgrados que traten esta materia, y le enseñen estrategias de abordaje o de aprendizaje al personal que labora en unidades oncológicas, y así sea de facilidad para este mantener una relación de ayuda eficaz y beneficiosa para el paciente que se encuentra en este tipo de servicio.

Charles (1992) Considera que: la palabra cáncer es uno de los pocos términos vulgares universales aceptada por la profesión de la medicina. Una de las malinterpretaciones del término es que describe una única enfermedad. De hecho, la palabra cáncer se emplea porque es aplicable al menos a 200 cuadros patológicos aparentemente distintos. El cáncer puede afectar a cualquier tejido u órgano del cuerpo, todos los canceres consisten en células anormales que muestran pautas de crecimiento desenfrenado; existen pruebas de que esta característica podría deberse a alteraciones del material genético de las células (ADN) que controla el crecimiento (p.19)

Asimismo Bruner y Suddarth (1997) refiere que: “es un proceso de enfermedad que se inicia cuando la mutación genética del DNA celular transforma a una célula anormal, la cual a su vez forman un clon y comienza a proliferar anormalmente, ignorando las señales de regulación de un crecimiento en el ambiente circundante a la célula” (p.272). En otras palabras el cáncer es el crecimiento acelerado de las células, es decir no se detiene en su proceso de mitosis, hasta el punto que el tejido se

convierte en algo maligno y afecta cualquier órgano donde se produzca esta anomalía de la parte genética de las células.

El proceso del cáncer

Según Instituto Nacional del Cáncer (2004):

El cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos. Los tejidos forman los órganos del cuerpo. Normalmente, las células crecen y se dividen para formar nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando las células se hacen viejas, mueren, y células nuevas las reemplazan. Este proceso mantiene el cuerpo sano. Algunas veces este proceso ordenado se descontrola. Células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita, y las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias forman una masa de tejido, que es lo que se llama tumor (p.4).

Objetivos del tratamiento del cáncer

El tratamiento del cáncer puede tener uno o más objetivos: curar la enfermedad, prolongar la vida y mejorar su calidad, o simplemente buscar efectos paliativos, la prosecución de uno u otro de estos objetivos varían según el paciente y el tipo y extensión del tumor. La curación definitiva es una meta que puede alcanzarse en muchos tumores localizados o con muy escasa diseminación, e incluso en algunas neoplasias ampliamente desimanasadas;...La curación se define en muchos tumores como la supervivencia durante 5 a 10 años libre de enfermedad. Se trata, ciertamente, de una definición arbitraria, ya que en bastantes casos surgen recidivas después de ese período, como es el caso de muchas pacientes con cáncer de mama que, si bien están vivas después de 10 años de efectuado el diagnóstico, muestran signos de la presencia del tumor (Stein, 2004, p. 1709).

En la actualidad existen variadas modalidades de tratamientos, el cual se le aplica al paciente dependiendo del avance de la patología como por ejemplos: cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapias monoclonales.

Cuando se habla de cirugía,

“se pretende la curación, el primer método utilizable en casi todos los cánceres no hematológicos es la cirugía, que además pueden emplearse para paliar los síntomas. Su objetivo fundamental son los cánceres localizados, pero en ocasiones se usa para la resección de metástasis, como ocurren con las pulmonares de los tumores germinales o de los sarcomas. A veces se usa también para reducir la masa tumoral y así facilitar la acción de la quimioterapia o la radioterapia en tumores seleccionadas... La cirugía se emplea asimismo como método diagnóstico, siendo necesaria entonces una cuidadosa planificación que tenga en cuenta la localización del tumor, el diagnóstico más probable y el posible tratamiento posterior, como el caso individual del paciente. La biopsia debe ser lo suficientemente amplia para permitir todos los estudios necesarios (p.ej., histología, microbiología, receptores hormonales en el caso del cáncer de mama, estudios inmunológicos en los linfomas, y microscopía electrónica). Ha de ser tomada de un área que verosímilmente contenga células viables, y de tal manera que sea posible la posterior resección definitiva (ob.cit., (Stein, 2004, p. 1710).

Otra modalidad del tratamiento del cáncer es la llamada radioterapia que es aquella que consiste en la emisión de radiaciones ionizantes para lesionar o destruir las células tumorales. Dichas radiaciones se pueden administrarse en forma de onda o de partícula, donde se utilizan la emisión de neutrones o electrones, las fuentes pueden ser naturales como el radio o artificiales, un ejemplo de este es un acelerador lineal o ^{60}Co . “la cantidad de células que mueren está en función de las dosis administradas; de tal forma que la mayoría de los tumores son poco sensibles a dosis

bajas, pero cuando se alcanza un determinado umbral el aumento de la dosis produce un deceso exponencial de la fracción celular supervivencia” (ob.cit. 1710). Por ello hay que destacar que la radioterapia en dosis determinadas de radiación mata una fracción constante de células, pero un número absoluto destruye el tumor. Se debe mencionar que las radiaciones de alta energía, es decir que contienen una longitud de onda baja, poseen un poder de penetración en los tejidos, de esta interacción de la longitud de onda de los rayos X o γ , se da la aparición de productos biológicos activos, tales como radicales libres que actúan como oxidantes, siendo capaces de alterar el componente biológico de las células especialmente el DNA, produciendo la incapacidad para la replica celular, esto ocasiona cambios físicos y químicos que tienen lugar casi instantáneamente, en un promedio de tiempo de 10^{-12} a 10^{-14} seg, pero el efecto biológico puede evidenciarse en semanas, con necrosis tumoral o hasta años de efectos carcinogénicos, o cambios genéticos.

Por lo tanto en el tejido normal como en las neoplasias existen mecanismos de regeneración del DNA alterado por la radiación, y su efecto depende del tiempo de exposición a los rayos, también de la dosis total y del intervalo entre ciclos de irradiación lo que hace que el tratamiento sea eficaz para el paciente. Para seguir en el mismo orden de ideas de los tratamientos alternativos para cáncer también se encuentran la quimioterapia, donde se:

“emplea fármacos citotóxicos para detener el crecimiento o reducir los tumores. Esta modalidad terapéutica no es habitualmente curativa, sino que se utiliza para controlar la enfermedad, cuando este objetivo no pueden lograrse ya locales o cuando se ha producido la diseminación... Es importante conocer que tipos de neoplasias son sensibles a la farmacología antitumoral, para poder seleccionar, en cada caso, la modalidad de tratamiento más adecuada y establecer un pronóstico” (Stein, 2004, p.1711).

También se encuentran terapias monoclonales o llamadas Inmunoterapia (terapia biológica). Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en su página web destaca que:

“Este tratamiento ayuda al sistema inmunológico a combatir el cáncer o a controlar los efectos secundarios de otros tratamientos para el cáncer. Los efectos secundarios son la reacción del organismo a los fármacos o a otros tratamientos. La inmunoterapia es diferente de la quimioterapia, que ataca las células cancerosas directamente”.

Lo anteriormente quiere decir que este tipo de terapia biológica ataca solo el genotipo del tumor para que fue ideado dicho tratamiento, un ejemplo de estas se encuentra el Herceptin (Trastuzumab) o Avastin (bevacizumab), dichas drogas se utilizan en la actualidad en cáncer de mama avanzado o con metástasis, o en pacientes que han pasado por una infinita gama de esquemas químicos terapéuticos, y en muchos centros como en el IOH, se aplica en combinación los dos para la supervivencia de paciente con metástasis en huesos u otros órganos.

Etiología Cáncer de mama

Ríos (2004) destaca que: “Un factor de riesgo es aquel factor que predispone al desarrollo de una enfermedad, es decir que si este factor no se tiene en cuenta, la

posibilidad de que se desarrolle una enfermedad se hace mas probable”. Los factores de riesgo del cáncer de mama, varía dependiendo de: los antecedentes familiares que han padecido la enfermedad, considerando que “Mayor posibilidad en aquellas que el cáncer apareció antes de la menopausia. Se han identificado genes que los médicos clasificamos como: BRCA-1 y BRCA-2, en mas de la mitad de los casos de cáncer de mama”, y/o en mujeres con antecedentes personales de padecer la enfermedad, “es decir si tuvieron el problema en una de las mamas, corren el riesgo de tenerlo en la contralateral”. Existen otros factores de riesgos discutidos como los son:

- Las mujeres que no hayan tenido hijos antes de los 30 años.
- La nuliparidad (mujer que nunca a salido embarazada)
- La no lactancia (mujer que habiendo tenido hijos no les dio de lactar)
- Las consumidoras de dietas con abundante grasa.
- Antecedentes de mastopatía fibroquistica con atipia.
- Hormonoterapia sustitutiva o con anovulatorios orales.
- La exposición a radiaciones.
- La obesidad.
- Las mujeres que han tenido otro tipo de cáncer sobretodo de endometrio (ob.cit., p.210).

Epidemiología del Cáncer de Mama

Según Harrison (1994):

“Es uno de los tumores más frecuentes y con mayor posibilidad de tratamiento. La incidencia de esta enfermedad es un indicador inadecuado de la frecuencia con la cual los problemas de mama hacen que las pacientes acudan a los médicos de cualquier especialidad. Por cada paciente diagnosticada con cáncer de mama, otras 5 a 10 mujeres son biopsiadas debido a sintomalogía sospechosa y por cada paciente biopsiada, docenas de mujeres acuden al medico debido a sintomatología o a preocupación en

relación con algún problema de la mama. El cáncer de mama es uno de los pocos tumores en los que existen datos concluyentes de que las técnicas de detección en grandes masas de población disminuyen la tasa de mortalidad de forma sustancial” (p.2120).

Tejerina (1992) en su libro sobre la cirugía del cáncer de mama describe que la epidemiología del cáncer de mama se considera como:

“el tumor maligno mas frecuente en la mujer y de cifras elevadas de mortalidad en países donde estas enfermedades son bien tratadas. Merece que se conozcan las particularidades de su aparición en el conjunto de la población femenina; es decir, de su epidemiología... Teniendo en cuenta la serie de procesos que hacen variar la manera de crecer el tumor y su pronóstico debido a distintos factores: la raza, el lugar y el clima donde se vive, la alimentación y el género de vida que hace, también influyen los antecedentes hereditarios” (p.117).

Al igual:

“hay que diferenciar el comienzo del cáncer de mama, o cáncer inicial, del cáncer incipiente o cáncer primero, que es el que se descubre en la clínica y cuyas indicaciones del tratamiento se plantean. Cuando la enferma ha sido ya tratada y presenta una recidiva de la enfermedad, bien sea local o a distancia por metástasis del proceso, esta situación se denomina cáncer secundario, aunque muy pequeño y precoz la recidiva” (ob.cit., p.171).

Según Seguroyes (2003) el cáncer de mama, es la neoplasia más frecuente en el sexo femenino “oscila entre 1 de cada 11 ó 1 de cada 18 mujeres de raza blanca” (p.315), lo que significa que existe una elevada tasa de incidencia en las personas de pigmentación blanca. También se destaca aquí que: “El porcentaje de mortalidad es muy alto, siendo el principal causante de muerte entre las mujeres de 35 a 54 años” (p.315). Considerando que la mortalidad de la enfermedad se detalla entre mujeres de edad adulta o madura, esto no significa que no ataque a mujeres menores, y de raza

negra, de lo contrario por ser mujeres en cualquier etapa de la edad adulta pueden padecer de cáncer de mama.

Biología del Cáncer de Mama

Stein (2004) afirma que:

“El cáncer de mama puede surgir de la transformación neoplásica de las células normales del parénquima. En algunos casos, la transformación neoplásica es incompleta y las células conservan aun algunas de las funciones del tejido del que se originan, entre los que está, aproximadamente en el 50% de los casos, la conservación de los receptores hormonales para los estrógenos y para la progesterona. La existencia o no de estos receptores tiene importancia a la hora de valorar el papel a desempeñar por una terapia hormonal; además, su presencia indica un mejor pronóstico ya que significa una mejor diferenciación del tumor” (p.1744).

Los canceres de mama poseen características histológicas, en su mayor parte:

“son adenocarcinomas infiltrantes que nacen del epitelio ductal o lobulillar. Estas dos formas de carcinomas tienen un pronóstico similar, mientras que el carcinoma lobulillar, el medular, el coloide, el papilar y el comedocarcinoma tienen mejor pronóstico... El carcinoma inflamatorio es una forma de presentación poco frecuente, que se caracteriza por la aparición, en la piel de la mama, de signos inflamatorios secundarios a la infiltración de los linfáticos subyacentes; su pronóstico es tan malo que desde el primer momento debe ser tratado como una enfermedad sistémica, aunque se encuentre aparentemente localizado” (ob.cit. p. 1745).

Clasificación y Distribución del Cáncer de Mama

Según Robbins (2000): “El carcinoma es mas frecuente en la mama izquierda que en la derecha, en una proporción de 110:100. Los canceres son bilaterales o secuenciales en la misma mama en el 4 % de los casos” (p.1152). La localización del

cáncer ayudará al médico a clasificar, para diagnosticar la patología en sí y colocar el estadio donde se encuentre. “En los carcinomas de mama que son lo suficientemente pequeños para que sea posible identificar su zona general de origen, el 50 % se inicia en el cuadrante superior externo; el 10 % en cada uno de los cuadrantes restantes, y alrededor del 20% en la región central o subareola”. (ob.cit. p. 1152).

Por ello hay que destacar que el carcinoma se puede clasificar en carcinoma no infiltrante o in situ y carcinoma infiltrante. El carcinoma in situ fue clasificado originalmente como ductual o lobulillar según la similitud de las estructuras afectadas con conductos o lobulillar, respectivamente. Otros tipos menos frecuentes los carcinomas apocrinos, carcinomas con diferenciación neuroendocrina, carcinomas de células claras, entre otros; son clínicamente similares a los carcinomas convencionales tanto en su evolución como en su pronóstico y no quedan recogidos.

“El término carcinoma inflamatorio se refiere a la presentación clínica de un carcinoma que afectan intensamente a los linfáticos dérmicos y que hace que la mama aparezca aumentada de tamaño y con la piel eritematosa. (ob.cit. p. 1152).

Estatificación del Cáncer de mama

Se ha clasificado el cáncer de mama en cuatro grupos para estandarizar las comparaciones de los resultados de las diferentes modalidades terapéuticas y para guiar el tratamiento. El American Joint Comité on Cancer Staging propone los siguientes estadios clínicos:

Estadio 0. CDIS o CLIS (tasa de supervivencias a los 5 años del 92%), luego se encuentra el estadio I, en el cual se ubican el carcinoma infiltrante de 2 cm o menos de diámetro, incluido entre estos el carcinoma in situ con microinfiltración sin afectación de ganglios y sin metástasis a distancia, con un porcentaje de 87 de supervivencia a los 5 años de padecerlo. El estadio II, carcinoma infiltrante de 5 cm o menos de diámetro, comprometiendo ganglios linfáticos axilares afectados, movibles y sin metástasis a distancia, o también puede ser carcinoma infiltrante mayor de 5 cm. de diámetro sin metástasis ganglionares ni metástasis a distancia, con una tasa de supervivencia a los 5 años del 75%. El estadio III es el carcinoma de mama con 5 cm de diámetro o con menos diámetro y con metástasis ganglionar, o bien cualquier cáncer de mama con afectación de ganglios linfáticos mamarios internos ipsolaterales, o cáncer de mama con afectación cutánea, fijación del pectoral o la pared torácica, edema o carcinoma inflamación sin metástasis a distancia. Y la tasa de supervivencia de 5 años con un 46 %, el estadio IV lo conforman cualquier tipo de cáncer de mama con metástasis a distancia, incluyendo los ganglio superclaviculares ipsolaterales, con una porcentaje de supervivencia de 13 % después del diagnóstico (ob.cit.; p.1159).

Síntomas del Cáncer de Mama según Díez y otros (2008):

En etapas muy tempranas los tumores mamarios muy pequeños son muchas veces indetectables, se pueden descubrir ocasionalmente en las mamografías de las exploraciones selectivas de rutina. En situaciones más avanzadas, se aprecia las tumoraciones a la palpación, una masa con características irregulares, inmóvil, no dolorosas, etc., que puede ser dura o blanda y esponjosa. Existen otros signos característicos como la retracción cutánea y del pezón, el aspecto de piel de naranja de la zona afectada y la secreción acuosa o sanguinolenta por el pezón del seno enfermo (p.547).

La molestia de presentación, en casi 70% de las pacientes con cáncer mamario, es la presencia de un abultamiento indoloro) en la mama. Los síntomas menos frecuentes consisten de dolor mamario, exudado del pezón, erosión, retracción, crecimiento o prurito del pezón, y enrojecimiento, endurecimiento generalizado, crecimiento o retracción de la mama. Pueden producirse dolor de espalda o de los huesos, ictericia, o pérdida de peso como resultado de metástasis sistémicas, pero estos síntomas se aprecian raramente inicial (Lawrence, 2006, p. 615).

Responsabilidades de la enfermera (o) que atiende al paciente canceroso y su familia Brunner y Suddarth (1997) (p.272):

- Reforzar la idea de que el cáncer es una enfermedad crónica con exacerbaciones agudas y no un mal que significa solamente muerte y sufrimientos
- Valorar el propio nivel de conocimientos sobre la fisiopatología de la enfermedad.
- Utilizar los datos y prácticas de investigaciones recientes en los cuidados del paciente canceroso y su familia.
- Identificar a las personas en riesgo de sufrir cáncer.
- Participar en las actividades de prevención primaria y secundaria.
- Valorar las necesidades asistenciales del paciente canceroso.
- Valorar las necesidades de aprendizaje, deseos y capacidad del enfermo.
- Identificar problemas asistenciales del paciente canceroso y su familia.
- Valorar las redes de auxilio social que puede tener la persona.
- Planear intervenciones apropiadas con el enfermo y su familia
- Auxiliar al paciente en la identificación de sus aspectos positivos y sus limitaciones.
- Llevar a la practica un plan asistencial en que se aprovechen todos los aspectos que se tienen en común con el régimen medico y que sea congruente con los objetivos definidos

- Colaborar con el resto del personal multidisciplinario para que haya continuidad de la asistencia.
- Evaluar los objetivos y resultados de la asistencia con el enfermo, su familia y los miembros del grupo interdisciplinario.
- Revalorar y modificar la dirección de la asistencia, según lo señale la evaluación de los resultados.

Con el mismo orden de ideas Díez y otros (2008) señalaron pautas de actuación de enfermería: “Cuando se ha diagnosticado el cáncer, los problemas de enfermería que se identifican con mayor frecuencia son los relacionados con: el miedo a la enfermedad, la desfiguración corporal y la muerte; la alteraciones de la autoestima; la alteración de la conducta sexual; el afrontamiento ineficaz, y el duelo disfuncional” (p. 548). Lo que trae como consecuencia que el rol de enfermería se dirija principalmente en brindar un apoyo emocional al paciente, a su pareja y entorno familiar que le rodee, con la finalidad de fortalecer el proceso de adaptación positivo a su nueva realidad, lo que se logrará a través del fomento de los sentimientos del paciente, que será por medio de la información impartida del curso previsto de su tratamiento, y de los resultados esperados, procurando disminuir el nivel de angustia y ansiedad que presente en dicho momento.

Estrategia Didácticas

La didáctica viene dada por una serie de técnicas y procedimientos que debería emplea el profesional de enfermería al momento de impartir educación al enfermo

(a), con la finalidad de lograr que sus pacientes obtengan un aprendizaje eficaz acerca de la enfermedad que padece en la actualidad. La didáctica se puede aplicar en cualquier experiencia de la vida donde se vea involucrada una educación, especialmente en salas de quimioterapias como la que existe en el IOH, es aquí donde la enfermera debe hacer mayor hincapié en el uso de la didáctica en dichas áreas para lograr que los pacientes y familiares aprendan, se trata pues, de facilitar el aprendizaje debido a la forma en que se lleva a cabo.

La relación de ayuda entre la enfermera y el paciente, es similar a la que se desarrolla en el ámbito educacional, es decir: “La relación profesor – alumno se desenvuelve sobre la base de una cooperación de éste con aquel, esta cooperación cuando es auténtica y no forzada, brota de las reacciones positivas que el profesor logra despertar en el alumno”. (Cassani, 1978, p. 22). Lo anteriormente expuesto se puede implementar en el área de la enfermería. Ya que el profesor en el caso de los pacientes con cáncer de mama sería la enfermera y el alumno sería el paciente y su familiar, y a través de cooperación positiva de ambas partes se puede llevar a cabo el proceso educativo referido a nuevo vivir de la paciente que padece dicha patología.

Las herramientas didácticas que emplea el profesor en el contexto educativo donde se desempeña, debe sustentar las decisiones prácticas elegidas en la relación con las dimensiones más significativas de la realidad educativa; para que de esta manera la práctica educativa sea dotada de una estructura y una lógica relación

específica que actúe de soporte para explicar y sistematizar las concepciones del profesor sobre su actividad profesional, de forma similar la enfermera se debe convertir en un docente o fomentar su rol de docente , sobre todo cuando se presta servicio de atención directa al paciente, de esta manera debe emplear las herramientas didácticas de diversas índoles que le ayuden a desarrollar el ambiente de confianza entre enfermería-paciente-familia.

En el campo de la docencia existen muchas didácticas para impartir clases (parte teórica –práctica), y diferentes formas de llegar al alumnado, por ello cada profesional de enfermería debería poseer la habilidad de descubrir cual es la herramienta o estrategia didáctica más idónea y la que puede utilizar para hacer llegar la información o conocimiento, que desea darles a los pacientes que se encuentran bajo su responsabilidad, ya que si la información llega con claridad al usuario y al entorno familiar sería más fácil que este satisfaga sus necesidades, y los niveles de angustia y ansiedad disminuirán al poseer un elevado grado de conocimiento con respecto a los tratamiento, terapias y procedimientos que se le realice en un momento dado.

Implica un reto para el profesional de enfermería, educar a un grupo de pacientes con edades y niveles diferentes dentro de una misma sala de quimioterapia, como sucede en el IOH, donde todos los pacientes que van allí presentan diversidades de patologías, y la dinámica de trabajo es rápida, y muchas

ocasiones el paciente con cáncer de mama que ingresa por primera vez no tiene la posibilidad de preguntar por sus inquietudes al personal de enfermería que labora en dicha unidad, es decir el proceso de comunicación esta orientado hacia la educación del individuo y su comportamiento dentro de la sociedad de ahora en adelante, y de la realidad que le toca vivir en la actualidad, por ello se debe destacar que:

“Las estrategias didácticas deben ser entendidas como una secuencia ordenada sistematizada de actividades y recursos que los profesores utilizamos en nuestra práctica educativa; determina un modo de actuar propio y tiene como principal objetivo facilitar el aprendizaje de nuestros alumnos. Por lo tanto, las estrategias didácticas utilizadas por el docente, son acciones que caracterizan y le permiten diferenciarse de otro tipo de actuaciones, estas dependen del grupo - clase a la que se dirige y del tipo de aprendizaje”. (Roser, 1995, p.55)

El personal de enfermería es la figura clave en cualquier proceso de cambio y mejora que se intenta llevar a cabo en la vida de una persona que padezca cáncer de mama. Como educadores forman el eje central de la enseñanza dentro de la relación de ayuda del paciente y su familiar, ya que aprenden del ser que se encuentran más cerca de ellos, lo que sirve como en el desarrollo del proceso enseñanza – aprendizaje relacionado a su patología, sobre todo en lo que se refiere al desempeño de sus tareas cotidianas dentro del hogar, su quehacer diario, su formación con respecto a su nuevo estilo de vida y entre otros aspecto relacionado con el mismo.

La enfermera(o) deberá valorar sus expectativas y estilo de enseñanza, en forma autoreflexiva, así como las actitudes entre los pacientes con necesidades educativas con la finalidad de conocer en qué medida ellos mismos están condicionando las

respuestas de pacientes y familiar con dificultades dentro de la sala de quimioterapia. Por tal motivo es importante el papel del enfermero (a) dentro del entorno de vivencia del usuario, sobre todo en áreas críticas como lo es la unidad de quimioterapia del IOH.

Por ello Winstein destaca que “las estrategias de aprendizaje pueden ser definidas como conductas y pensamientos que un aprendiz utiliza durante el aprendizaje con la intención de influir en su proceso de codificación” (1986, p.315). Es decir que son secuencias integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, almacenamiento y/o utilización de la información, para la fácil obtención del conocimiento sobre todo en las experiencias de padecimiento crónicos como son los canceres de mama, donde se realizan procedimientos invasores como los son las venoclisis, la colocación de agente antitumorales, entre otros.

Clasificación y Funciones de las Estrategias Didácticas para el Abordaje del paciente con cáncer de mama por parte del profesional de enfermería

A continuación se presentan algunas de las estrategias de didácticas que la enfermera puede emplear con la intención de facilitar el aprendizaje significativo de los pacientes. Las estrategias seleccionadas han demostrado, en diversas investigaciones su efectividad al ser introducidas como apoyos en textos académicos

así como en la dinámica de la enseñanza (exposición, negociación, discusión, etc.) ocurrida en la clase. Por ello hay que destacar que la enfermera debe adoptar esa posición de docente y utilizar las estrategias didácticas que existen en el ámbito educacional para orientar y cumplir su rol de docente.

Las principales estrategias de enseñanza son las siguientes según Díaz (1998):

La estrategia de objetivos se refiere a establecer condiciones, tipo de actividad y forma de evaluación del aprendizaje generando diversas expectativas dentro de los participantes, por su parte la estrategia resumen se enfoca en la realización de una síntesis y la abstracción de la mayor parte de la información relevante de un discurso oral o escrito enfatizándose en conceptos claves, principios, términos y argumentos centrales.

La estrategia de organizar previo maneja la información de tipo introductoria y contextual la cual es elaborada con un nivel superior de abstracción, generalidad e inclusividad que la información que se aprenderá involucrando un puente cognitivo entre la información y lo previo, a su vez las estrategias de ilustraciones involucra representaciones visuales de los conceptos, objetivos y/o situaciones de una teoría o tema específico (fotografías, dibujos, esquemas, graficas, dramatizaciones, etc.), a este conjunto de estrategias se une la estrategia de analogías la cual es una proposición que indica que una cosa o evento (concreto y familiar) es semejante a otro (desconocido y abstracto o complejo), una herramienta fundamental para la

realización de las estrategias anteriores es la estrategia de preguntas intercaladas las cuales se basan en un conjunto de preguntas insertadas en la situación de enseñanza o en un texto, las cuales tienen como objetivo mantener la atención y favorecer la práctica, la retención y la obtención de información relevante, entre las estrategias que se pueden realizar comúnmente de forma conjunta con las estrategias mencionadas anteriormente se encuentran las pistas tipográficas y discursivas las cuales son señalamientos que se hacen en un texto o en la situación de enseñanza para enfatizar y/u organizar elementos relevantes del contexto por aprender, a su vez se pueden utilizar los mapas conceptuales y redes semánticas que se fundamentan en la representación gráfica de esquemas de conocimientos (indican conceptos, proposiciones y explicaciones), el uso de estructuras textuales compuestas las cuales son organizaciones retóricas de un discurso oral o escrito, que influyen en la comprensión y el recuerdo también es común en conjunto con cualquiera de las estrategias mencionadas.

En síntesis la estrategia es el instrumento comunicador de las ciencias aplicadas sin el cual que darían en mera especulación teórica. Donde se aplica la creatividad como una herramienta que debe poseer el profesional de enfermería para activar su rol de docente y como proceso de pensamiento de vida, como capacidad mental y de solución de problema, como producto ideación, como interacción con el medio, como actitud personal, dará pie a estrategias diferentes para lograr el resultado deseado de las estrategias para activar el pensamiento creativo, es necesario que no existan juicio

de valor y opiniones, a fin de estimular una actitud creativa que propicie la expresión de ideas diferentes y la fluidez de diversidad de aplicaciones.

Según Ramírez, (1999) las estrategias creativas son el “conjunto de métodos y técnicas que condicionan las experiencias de aprendizajes de los estudiantes para activar el potencial creativo o el pensamiento lateral” (p. 63). En este sentido, se puede decir, que las estrategias no hacen que las personas sean creativas, no dan directamente el potencial creativo a quien no lo tiene, este esta conformado por el conjunto de rasgos individuales. Ellos deciden, desbloquear y facilitar el acceso a la reserva pre-conciente, cuando existan dificultades por vía lógica racional, el enfermero (a) debe utilizar un conjunto de estrategias creativas, que lo ayuden a activar el aprendizaje del paciente con respecto a cáncer de mama, entré este grupo de estrategias cabe destacar, la utilización de juegos, dinámicas, mapas conceptuales, dísticos, trípticos y entre otras donde el paciente experimente los diferentes formas de adquirir el conocimientos de manera práctica y sencilla.

Bases legales

Todos los países del mundo garantizan a través de sus leyes decretadas en su constitución el derecho a la salud de todos los habitantes sin distinción de clase, raza o religión. Por su parte enfermería en Venezuela al igual que todas las profesiones existentes, posee en la actualidad desde el 1 septiembre del 2005, cuenta con su

propia Ley del Ejercicio que rigen las actitudes de todos los enfermeros (as) tanto en su vida pública como privada, por lo tanto a continuación se mencionan una serie de artículos que tienen prioridad y cumplimiento legal ante la ley de Dios y la de los hombres, y que sustentan la relación de ayuda que debe brindar el profesional de enfermería desde el punto de vista legal.

En el **Artículo 2** de la ley del Ejercicio de Enfermería se “entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a”:

1. “El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano”.

2. “La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona”.

3. “Ejercer sus funciones en los ámbitos de planificación y ejecución de los cuidados directos de enfermería que le ofrece a las familias y a las comunidades”.

4. “Ejercer las prácticas dentro de la dinámica de la docencia e investigación, basándose en los principios científicos, conocimientos y habilidades adquiridas de su formación profesional, actualizándose mediante la experiencia y educación continua”.

Artículo 3. “El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario venezolano, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso de crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y, hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado y servicio”.

Artículo 4. “El ámbito de aplicación de esta Ley comprende además del ejercicio profesional de la enfermería, las áreas de la docencia e investigación en todas las dependencias que presten servicios de salud, ya sean públicas o privadas”.

La Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería en su artículo 2, 3 y 4 resaltan que la enfermera o enfermero deben brindar por el bienestar bio-psico social del individuo que este a su cargo, por ello cuando un profesional de esta magnitud se enfrentan en unidades de Oncológicas, donde se tratan a pacientes con enfermedades

graves y que están inmersos en un ambiente de depresión continua, después del diagnóstico se debe ser muy agradable, sutil, amistoso y forjar una relación de ayuda enfermera-paciente que permita fortalecer la personalidad del paciente y su familia, logrando a través de esto el cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona que se encuentra bajo su cuidado.

Por ello hay que destacar que las pacientes con cáncer de mama son personas que merecen un trato cordial y agradable por parte del profesional de enfermería, sino es para curarse por completo por lo menos lograr conseguir en el poco tiempo de vida que le quede, vivirlo con paciencia, los pocos momentos felices que se le pueden dar y sin agresiones hacia sus persona.

Definición de Términos:

AYUDA: Proceso que sucede para facilitar en una persona la ayuda o asistencia de otra para solventar una problemática identificada.

ANTICUERPO MONOCLONAL: Es un anticuerpo homogéneo producido por una célula híbrida producto de la fusión de un clon de linfocitos B descendiente de una sola y única célula madre y una célula plasmática tumoral.

CÁNCER: Es la crecimiento desmedido de células malignas que ocasionan la desimanación por todo el organismo hasta llegar ocasionar la muerte de un individuo.

CÁNCER DE MAMA: Proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células malignas que se desarrollan en as glándulas mamarias.

CARCINOMA: Cáncer que comienza en el revestimiento o en la capa que cubre un órgano.

DIDÁCTICA: Procedimientos de enseñanza que facilitan a la enfermera la educación del paciente.

DUELO: Se refiere a la separación de algún bien material o un ser querido pasando por una serie de etapas sentimentales que se superan con el pasar del tiempo.

ESTRATEGIA: Es el proceso seleccionado mediante el cual se espera lograr alcanzar un estado futuro, o aquel método que permitirá la adquisición de conocimiento por parte del paciente acerca de su enfermedad.

ORIENTACIÓN: Es la manera más eficaz de llegar la información que se desea impartir a la paciente de mama.

QUIMIOTERAPIA: Es un tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas por vía endovenosa, oral, subcutánea o intratecal que disminuye la proliferación del cáncer.

RADIOTERAPIA: Es una forma de tratamiento basado en el empleo de radiaciones ionizantes de rayos X o radiactividad que destruyen el tumor maligno de forma local.

RELACIÓN: Es aquella interrelación que se fortalece entre el personal de enfermería y el paciente donde se busca la manera de ayudar uno al otro a la resolución de un problema.

TRATAMIENTO TERAPEUTICO: Es el tratamiento aplicado al paciente para propiciar su recuperación total o parcial.

UNIDAD DE ONCOLOGÍA: Es un centro asistencial de pacientes con cáncer donde se coloca el tratamiento endovenoso para inhibir la proliferación de células malignas.

Sistema de Variable

Variable: Implementación de estrategias didácticas en la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama

Definición Conceptual: Bermejo (citado en Rodríguez, 2005), cita a Rogers, C., donde hace referencia que es “una práctica de aprendizaje interpersonal basada en principios que imprimen a la relación afectiva, de sensibilidad emocional que se establece entre un asesor o persona que ayuda y un asesorado o persona ayudada” (p.23).

Definición Operacional: Es la relación que entabla el personal de enfermería y las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama, la cual permitirá una interrelación de aprendizaje y educación a través de la implementación de estrategias didácticas que brindaran información acerca del proceso de la enfermedad.

Operacionalización de la Variable

Variable: Diseño de un programa educativo en la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama

Definición Operacional: Es la relación que entabla el personal de enfermería y las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama, la cual permitirá una interrelación de aprendizaje y educación a través de la implementación de estrategias didácticas que brindaran información acerca del proceso de la enfermedad.

Dimensiones	Indicadores	Sub- Indicadores	Ítems
<p>Proceso de enfermedad: Se refiere a la identificación de necesidades que enfrentan las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama durante el transcurso de adaptación a la aplicación del tratamiento de quimioterapia, por parte del profesional de enfermería.</p>	<p>Identificación necesidades que enfrentan: Comprende las actividades que realiza el profesional de enfermería para; diagnosticar, y jerarquizar las necesidades educativas del paciente de nuevo ingreso con cáncer de mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de conocimiento ▪ Enfermedad ▪ Alimentación ▪ Aspectos fisiológicos ▪ Aspectos Psicológicos ▪ Aspectos Sociales ▪ Valores espirituales y éticos 	<p>1,2,3,4 5,6,7,8,9 10,11,12 13,14,15,16 17-18 19-20 21-22</p>
<p>Interrelación de aprendizaje y educación: Son las acciones de relación de ayuda que realizan el profesional de enfermería para el manejo del cáncer de mama, a través de la implementación de estrategias didácticas que apoyen la adquisición de</p>	<p>Acciones de relación de Ayuda: Son aquellas que realiza y establece el profesional de enfermería para satisfacer las necesidades desinformación del paciente de nuevo ingreso con cáncer de mama para brindar apoyo en el proceso de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establece conversación ▪ Establece la relación ▪ Proporcionar cuidados ▪ Integración del entorno familiar (tratamiento del paciente) ▪ Actitudes Facilitadoras ▪ Educación ▪ Consejera ▪ Paternalista 	<p>23-24 25 26-27 28-29 30-31 32,33,34,35 36 37</p>

<p>conocimiento acerca de su proceso de enfermedad.</p>	<p>Estrategias didácticas: Son todos aquellos recursos educativos que implementa la enfermera para la adquisición de conocimiento y aprendizaje de las usuarias para mantener adaptarse al nuevo patrón de vida después del diagnóstico del cáncer de mama</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empático 38 ▪ Apoyo 39-40-41 ▪ Confianza mutua 42 ▪ Creatividad 43-44 ▪ Discurso oral 45-46 ▪ Material educativo 47 	
---	---	--	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe el contexto operativo de la investigación, donde se fijan los lineamientos que se llevaron a cabo para dar respuestas a las interrogantes planteadas. En tal sentido se desarrollan el diseño metodológico, tipo de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de información, validez y confiabilidad del instrumento y finalmente las técnicas de análisis.

Diseño Metodológico

El diseño metodológico implica fijar la estrategia de la acción a seguir, en función a los objetivos propuestos corresponde a un diseño de campo, al respecto la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2006) la define como:

“La que se caracteriza por la recolección de los datos por parte del investigador en el mismo lugar donde ocurren los acontecimientos, con la finalidad principal de explicar sus causas o efectos, entender su naturaleza o predecir su ocurrencia, gracias al análisis sistemático de un problema determinado” (Pág. 5).

En el presente estudio, el cual se encuentra dirigido a determinar el diseño de un programa educativo para la relación de ayuda que aplica a las pacientes de nuevo

ingreso con cáncer del Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela.

Por otra parte el estudio es contemporáneo, según Hurtado, J (2000) “es describir un evento que ocurre o se observa en un momento único del presente, utilizando fuentes vivas y observando el evento sin modificaciones” (Pág. 234). De esta manera, al establecer los resultados que se desprendan de este estudio se tratará de que los mismos sirvan como punto de referencia para establecer las estrategias futuras que permitan consolidar las fortalezas y superar las debilidades reveladas.

Tipo de Estudio

De acuerdo con los objetivos planteados, esta investigación, es de tipo descriptivo, ya que lo señalan Hurtado, I y Toro, I (1998) cuando expone que las investigaciones cuyo propósito es describir un evento obteniendo los datos de fuentes vivas o directas en su ambiente natural, es decir, el contexto habitual al cual ella pertenece, sin introducir modificaciones de ningún tipo de dicho contexto.

Por otra parte, es una investigación de campo la cual según Arias (1999) consiste en “la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables algunas” (p.48).

Por lo anterior expuesto esta investigación es factible por que se diseño un programa educativo de orientación dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela, el cual se desarrollo de acuerdo al diagnostico, y diseño del programa.

Población y Muestra

De acuerdo a lo señalado por Canales (1997), la población en una investigación representa “la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinadas características susceptibles de ser estudiadas” (p.145)

En este sentido la población de estudio estuvo conformada por 15 pacientes con cáncer de mama de nuevo ingreso, que reciben tratamiento en el Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela. Se realizo un muestreo aleatorio no probabilístico y la muestra representativa de la investigación estuvo conformada por el 100 por ciento de la población en estudio, ya que esta la define de manera concreta.

Técnicas e Instrumento para la recolección de la información

En el estudio se utilizó la encuesta como método para recolección de datos para Canales (1997), “consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias” (p.165).

se consideró este método porque permite la manipulación de los sujetos en menor tiempo, proporcionando los datos directamente de la realidad por pertenecer a las fuentes primarias de recolección. Permite el contacto directo con los sujetos en estudio para así medir sus actitudes y acciones.

Para obtener la información se diseñó un cuestionario, el cual se aplicó mediante la encuesta que permitió determinar la necesidad de diseñar un programa educativo dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela, el mismo estuvo estructurado en dos partes, la primera los datos estadísticos y la segunda esta comprendida por 26 preguntas tipo dicotómicas cerradas en escala de respuestas SI y No.

Validación del Instrumento

La validez según Hurtado y Toro (1998) es “el grado en que el instrumento realmente mide las variables que pretenden medir” (p.414). Al respecto, atendiendo a las exigencias metodológicas, el instrumento fue sometido a una validación de contenidos a través de juicios de expertos (oncólogo, psicólogo y enfermera especialista en el área oncológica), para determinar el grado en que los ítems son una muestra significativa de todo el contenido a medir y representan los objetivos e indicadores del estudio. Se le solicitó revisar cada ítem y seleccionar su opinión entre

las siguientes alternativas; dejar, modificar, eliminar, e incluir pregunta. Las recomendaciones del juicio de expertos, permitieron estructurar el instrumento definitivo, aplicado a los sujetos del estudio.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento permite conocer la consistencia interna, para determinarla se aplicó una prueba piloto a un grupo de cinco (5) pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama no pertenecientes a la muestra, con características similares a la población en estudio con el fin de determinar el grado de homogeneidad de las respuestas emitidas, se calculo el coeficiente de confiabilidad a través de la formula estadística.

Una vez que se realizó la selección del cuestionario y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de las dimensiones e indicadores para medir el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

Dentro de esta perspectiva Hernández R. Fernández, C. y Baptista, P (1998), sostienen que: “la confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p.242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a cinco (5)

pacientes con Cáncer de mama en Hospital Oncológico “Padre Machado”, los cuales son representantes de la población en condiciones similares y no formaron parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un cuestionario existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. A efectos de la presente investigación se concluyó utilizar el coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson (KR20), utilizando para escalas dicotómicas (Sí- No) administración de una única prueba el cual emplea información fácil de obtener.

Los resultados se interpretaron de acuerdo con el siguiente cuadro de relación:

RANGOS	MAGNITUD
0.81 a 1.00	Muy Alta
0.61 a 0.80	Alta
0.41 a 0.60	Moderada
0.21 a 0.40	Baja
0.01 a 0.20	Muy Baja

Fuente: Ruiz, C. (2007)

Sustituyendo los resultados obtenidos de la matriz elaborada bajo el programa Microsoft Excel 2003, el valor obtenido fue de 0.814 por la tabla presentada por Ruiz (2007), refleja una confiabilidad “Muy Alta”. Según Hernández (1998). Ya citados, los valores de los índices de confiabilidad de estos resultados son muy satisfactorios,

lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobre pasa el 60% de los casos.

Procedimiento y Recolección de la Información

Una vez recopilada la información, se procedió la codificación y análisis de los datos. Se elaboraron las tablas respectivas para ubicar la frecuencia y porcentaje, las cuales facilitaron el análisis e interpretación de los resultados. Las cifras obtenidas se presentan en tablas donde se visualizan los resultados de las respuestas emitidas por los encuestados, luego se procedió a redactar las conclusiones del estudio diagnóstico.

Tabulación y Análisis de los Datos.

El proceso de tabulación de los datos, se realizó de forma manual, mediante una distribución absoluta y porcentual, en tablas de representación simple, donde se establece la frecuencia de respuesta y su representación porcentual, de las dimensiones, los indicadores y subindicadores, luego se globaliza el porcentaje final para elaborar la representación gráfica en barras.

CAPITULO IV

FORMULACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Presentación del Programa

Las pacientes con cáncer de mama presentan un patrón de pérdida profunda o disminución de la autoestima, el interés de vivir, entre otros aspectos sentimentales.

Cuando estos enfermos ingresan a un hospital o sala de quimioterapia, con frecuencia presentan temor o recelo; al ingresar al establecimiento para recibir tratamiento, la enfermera y demás personal de atención tiene la necesidad de establecer una relación de confianza con la enferma y sus familiares en la cual debe fomentar estrategias informativas y de orientación que hagan comprender que estos enfermos al igual que los enfermos con diabetes y otros procedimientos crónicos, necesitan servicios de salud de apoyo continuo. Así como también es importante que comprendan los síntomas y signos de su padecimiento para que tengan el conocimiento y entiendan el porque de los efectos adversos, la caída del cabello, los cambios emocionales y entre otras características de dicha enfermedad, la reducción en las relaciones personales e interpersonales y la discapacidad productiva; y de esta manera sea minimizado el estrés familiar que esto produce.

De la misma forma informarle que en la actualidad por los avances de la medicina muchos de estas pacientes pueden reestablecer su nivel de desempeño dentro de la sociedad, luego de concluir con su tratamiento, y así retornando a sus actividades anteriores, eso si con un grado de cuidado hacia su parte física. Todo esto va a depender de una intervención temprana exitosa en la que se establezcan relaciones provechosas ante los del equipo sanitario, la paciente y los familiares durante el periodo de tratamiento.

Es por ello, que este estudio refleja la necesidad de tratar a la familia como un sistema social en el cual la enferma y sus familiares trabajan juntos para obtener, más solidez, conducción y apoyo en la autonomía individual de cada uno de su miembros. Los objetivos de la orientación es ayudar a los familiares a conocer las necesidades de la paciente, reducir o disminuir sus conflictos y ansiedades, establecer relaciones adecuadas, ayudarlos a enfrentarse en forma satisfactoria a los factores estresantes del núcleo familiar y fomentar un clima emocional que proporcione su crecimiento saludable.

Justificación

Dentro del proceso de cambios planteados en el sistema de salud nacional se esta haciendo énfasis en el aspecto psicosocial de paciente, con visión holística de la enfermedad y del tratamiento que reciben, sobre todo cuando se tratan de patologías crónicas como el cáncer de mama.

Por otra parte, la educación para la salud es un derecho ciudadano que se encuentran recogida en numerosas organizaciones internacionales entre muchos podemos destacar las recomendaciones del Alma Ata, los objetivos del programa salud para todos en el año 2000, la carta de Ottawa y las diversas reuniones de la organización mundial de la salud encaminadas a tratar aspectos relacionados con el comportamiento sanitario, la promoción de la salud y la formación de personal sanitario. Todas estas instituciones afirman que la educación para la salud constituye experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamiento individuales y colectivos conducentes a la salud física y mental.

Por tanto, en virtud de lo antes señalado y tomando en cuenta la necesidad de recibir orientación por parte de la familia en cuyo seno existen pacientes con cáncer de mama, el presente programa pretende satisfacer las necesidades educativas de orientación de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del I. O. H de la U.C.V, propiciando el éxito del afrontamiento familiar e individual de la enfermedad contribuyendo a minimizar en gran medida la estigmatización social del enfermo y de su familia.

Visto de esta forma, este trabajo pudiera beneficiar a otras instituciones sanitarias de la ciudad de Caracas, se aspira que el programa sea conocido por las

autoridades locales y regionales y sirva de referencias para futuras investigaciones relacionadas con la problemática planteada.

Objetivo General

Orientar a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del IOH de la U.C.V con respecto a su autocuidado.

Objetivos Específicos

1. Informar a la paciente del diagnóstico del cáncer de mama, y sus características, proceso de enfermedad y tratamiento.
2. Propiciar la participación familiar en el marco del desarrollo de la orientación.
3. Promover estrategias de apoyo emocional y espiritual fomentando la comunicación abierta.
4. Proporcionar orientación educativa acerca del proceso de enfermedad y tratamiento negativas a las pacientes con cáncer de mama
5. Orientar al núcleo familiar acerca de los cuidados de la paciente con cáncer de mama en el hogar.

Objetivo Terminal

Al finalizar el programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama. Las participantes Serán capaces de comprender en términos generales la patología e identificar los cuidados que debe prestarles.

Especificaciones Curriculares

Unidad I Cáncer de mama

- Definición
- Epidemiología
- Tipos
- Características
- Signos y síntomas
- Diagnostico
- Tratamiento
- Pronóstico
- Dinámicas grupales

Unidad II Comportamiento y conductas del paciente con cáncer de mama

- Duelo
- Etapas del duelo.
- Cambio de temperamento
- Manejo de la depresión post- tratamiento.
- Terapias de interacción y Relajación

Unidad III Cuidados de la paciente con cáncer de mama.

- Alimentación
- Linfedema
- Cuidados de infecciones por disminución de glóbulos blanco.
- Dinámicas grupales.

Estrategias Metodológicas o Didácticas:

- Exposición oral por parte del personal de enfermería
- Dinámicas grupales.
- Terapias de interacción y relación
- Exposición explicativa con argumentos teóricos científicos sobre acciones.
- Uso de mapas mentales y conceptuales para las facilitaciones
- Entrega de material impreso como: trípticos, dísticos, resúmenes, entre otros.

Tiempo de Duración

El programa se desarrollará en cuatro (4) sesiones de clase, una vez a la semana, en una clase de 120 minutos cada sección por cuatro (4) semanas.

Duración total: 480 minutos.

Sección	Unidad
1era Sección	Unidad I <ul style="list-style-type: none">• Cáncer de mama• Dinámicas grupales
2da Sección	Unidad II <ul style="list-style-type: none">• Comportamiento y conductas del paciente con cáncer de mama.• Terapias de interacción y Relajación
3 era Sección	Unidad III <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de la paciente con cáncer de mama• Alimentación y linfedema
4ta Sección:	Unidad III <ul style="list-style-type: none">• Continuación de los Cuidados de la paciente con cáncer de mama.• Cuidados de infecciones por disminución de glóbulos blanco.• Dinámicas grupales.

Estructura del programa educativo de orientación propuesto en esta investigación.

ACTIVIDAD	CONTENIDO	DURACIÓN
Jornada de Inducción Taller 1	Unidad I Cáncer de mama: - Definición, Epidemiología, Tipos, Características, Signos y síntomas, Diagnostico, Tratamiento, Pronóstico. -Dinámicas grupales	120minutos
Taller 2	Unidad II Comportamiento y conductas del paciente con cáncer de mama: -Duelo, Etapas del duelo, Cambio de temperamento, Manejo de la depresión post-tratamiento. -Terapias de interacción y Relajación	120minutos
Taller 3	Unidad III Cuidados de la paciente con cáncer de mama: -Alimentación, Linfedema.	120minutos
Taller 4 Último encuentro	Unidad III Continuación de los Cuidados de la paciente con cáncer de mama. - Cuidados de infecciones por disminución de glóbulos blanco. - Dinámicas grupales	120minutos



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA



Taller inductivo

1er Encuentro

Duración: 120 minutos

Objetivo Terminal: Al finalizar la unidad las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama estarán en capacidad de verbalizar la definición de cáncer de mama, epidemiología, tipos, características, Signos y síntomas, Diagnóstico, tratamiento, pronóstico.

Objetivo Especifico	Contenido	Estrategias Metodológicas o didácticas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza – aprendizaje la paciente logrará explicar con sus propias palabras lo referido al cáncer de mama.	Cáncer de mama <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tipos • Características • Signos y síntomas • Diagnostico, Tratamiento Farmacológico (Antineoplásicos) • Pronóstico. • Auxiliares: terapia de Grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal: “¿A que te dedicas?” • Exposición oral por medio de un mapa conceptual • Dramatización: Imitando los síntomas. 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de enfermería de la U.C.V. • Médicos • Enfermeras Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Pizarra acrílica • Marcadores • Dípticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica • Coevaluación • Auto-Evaluación • Formativa



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA



Taller inductivo

2do Encuentro

Duración: 120 minutos

Objetivo Terminal: Al finalizar la unidad las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama mantendrán un nivel conocimiento con respecto a su comportamiento y conductas frente al proceso de enfermedad

Objetivo Especifico	Contenido	Estrategias Metodológicas o didácticas	Recursos	Evaluación
Al culminar las actividades educativas la paciente logrará adquirir los conocimientos necesarios para exponer con sus propias palabras su comportamiento y conductas frente al proceso de enfermedad.	Unidad II Comportamiento y conductas del paciente con cáncer de mama: -Duelo, Etapas del duelo, Cambio de temperamento, Manejo de la depresión post-tratamiento. -Terapias de interacción y Relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal : “¿A que te dedicas?.” • Exposición oral por medio de un mapa conceptual • Dramatización: Imitando los síntomas 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de enfermería de la U.C.V. • Médicos • Enfermeras Material: <ul style="list-style-type: none"> • Papel bond • Pizarra • Marcadores • Video beam 	<ul style="list-style-type: none"> • Coevaluación • Auto-Evaluación • Formativa



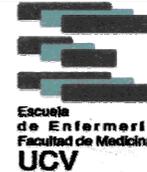
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA



Taller 3er Encuentro Duración: 120 minutos Objetivo Terminal: Al finalizar la unidad las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama y sus familiares estarán en la capacidad de reconocer sus cuidados para prevenir complicaciones después de la cirugía, colocación de la quimioterapia y la radioterapia.				
Objetivo Especifico	Contenido	Estrategias Metodológicas o didácticas	Recursos	Evaluación
Conocer los cuidados después de la cirugía, colocación de la quimioterapia y la radioterapia por parte de las pacientes con cáncer de mama y sus familiares.	Unidad III Cuidados de la paciente con cáncer de mama: -Alimentación, Linfedema.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal: llamada "mi vida" • Debate • Feedback • Técnica de relajación de mente y cuerpo. 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de enfermería de la U.C.V. • Médicos • Enfermeras Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Marcadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica • Coevaluación • Auto-Evaluación • Formativa



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA



Taller 4to Encuentro Duración: 120 minutos

Objetivo Terminal: Al finalizar la unidad las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama estarán en capacidad de verbalizar la definición de cáncer de mama, epidemiología, tipos, características, Signos y síntomas, Diagnóstico, tratamiento, pronóstico.

Objetivo Especifico	Contenido	Estrategias Metodológicas o didácticas	Recursos	Evaluación
Al finalizar las actividades de enseñanza – aprendizaje la paciente verbalizará con sus propias palabras lo referido a las complicaciones después de la cirugía, colocación de la quimioterapia y la radioterapia.	Unidad III Continuación de los Cuidados de la paciente con cáncer de mama. <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de infecciones por disminución de glóbulos blanco. • Dinámicas grupales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal: bailando todos con las enfermeras. • Exposición oral por medio de un mapa mental. • Mesa de trabajo 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes de enfermería de la U.C.V. • Médicos • Enfermeras Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Marcadores • Tríptico 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica • Coevaluación • Auto-Evaluación • Formativa

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente capítulo contiene la presentación de los resultados obtenidos, una vez aplicados los instrumentos elaborados para tal fin; y el análisis e interpretación de los mismos.

A continuación se dan a conocer los resultados de la presente investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información, y se comienza la presentación de los resultados por la descripción de las características de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama. Seguidamente se presentan la comparación de los promedios de ocurrencia calculados para cada ítem, que son presentados según su agrupación por indicadores en cuadros de asociación, siguiendo para su identificación la misma enumeración que tienen en el instrumento empleado para coleccionar la información.

CUADRO N° 1

Distribución porcentual en relación a los datos estadísticos de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto a su edad.

Muestra: 15 pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
26-36	5	33
37-46	4	27
47-56	2	13
57-66	3	20
67-76	1	7
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En las edades de las pacientes con cáncer de mama se tomo en cuenta 26 años para comenzar el rango porque era la edad menor, considerando que el porcentaje mayor es de 33% donde se encuentra la categoría de 26 a los 36 años, continuando con un porcentaje de 27% entre las edades comprendidas de 37 a los 46 años, con un porcentaje de 20 las edades de 57 a 66 años, y con un 13% entre 47 a 56 años y finalmente con un 7% las edades de 67 a 76 años se encuentran en menor frecuencia, se puede considerar que la población muestral de la presente investigación son pacientes jóvenes o adultas maduras que se encuentran entre 26 a 46 donde el mayor promedio de pacientes esta dentro de las dos primeras categorías.

CUADRO N° 2

Distribución porcentual acerca del lugar de donde vive la paciente de nuevo ingreso con cáncer de mama que asiste al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V.

Muestra: 15 pacientes

Procedencia	Frecuencia	Porcentual
De la localidad	9	60
Exterior de la localidad	6	40
Total	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 60% de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama encuestadas viven dentro del Área de la gran Caracas, y el 40 % aunque con menor porcentaje, sin embargo significativo son del exterior de la localidad, lo que ayuda a determinar que la mayoría de la población del paciente que padece dicha enfermedad, se dirigen a las grandes ciudades como Caracas en busca de atención medica calificada sobre todo en especialidades como la oncología.

CUADRO N° 3

Distribución porcentual de resultados de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama que asisten al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V. acerca de su estado civil.

Muestra: 15 pacientes

Estado Civil	Frecuencia	Porcentual
Soltera	6	40
Casada	4	27
Divorciada	1	7
Viuda	2	13
Unión libre	2	13
Total	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: Un 40% de las pacientes encuestadas respondieron que son solteras, un 27% están casadas, un 13% son viudas, con igual porcentaje existen unión libre entre ella y su pareja, con un el 7% esta divorciada, lo que hace ver que la mayoría de las pacientes tienen una familia estable así sea por divorcio, matrimonio y unión libre.

CUADRO N° 4

Distribución porcentual de resultados de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama que acuden por atención médica al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V. acerca de la religión que práctica.

Muestra: 15 pacientes

Religión	Frecuencia	Porcentual
Católica	9	60
Evangélica	4	27
Testigo de Jehová	2	13
Total	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 60 % de las pacientes encuestadas en el Instituto de Oncológica y Hepatología son de religión católicas, siguiendo con 27 % práctica la religión evangélica y un 13% la religión Testigo de Jehová.

CUADRO N° 5

Distribución porcentual de resultados de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama que acuden por atención médica al Instituto de Oncología y Hematología de la U.C.V. sobre los antecedentes familiares de cáncer

Muestra: 15 pacientes

Alternativas	Frecuencia	Porcentual
Padre	3	14
Madre	4	18
Hermana	3	14
Hermano	0	0
Abuela	2	9
Abuelo	1	4.5
Tío	1	4.5
Tía	2	9
Otro Familiar	6	27
Total	22	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En el cuadro anterior se observa los antecedentes familiares de las pacientes encuestadas, por eso la población varía en dicho cuadro, ya que se tomó la frecuencia de familiares que han padecido cáncer de cualquier patología en sí, con un 27% se encuentra la categoría de otros familiares con cánceres como pulmón, de próstata, hígado, colon, estómago, de mama, útero, linfoma. Con un 18% la

población de pacientes de mama respondieron que la madre ha padecido cáncer. El 14% reflejo que su padre padeció de enfermedades oncológicas y con el mismo porcentaje se encuentran las hermanas un familiar directo de las pacientes con cáncer de mama. El 9 % de la población respondió que su tía y abuela sufrieron una enfermedad crónica como esta. Con un 4.5 % se encuentra la categoría de tío y abuelo respectivamente.

CUADRO N° 6

Distribución porcentual sobre el nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto a la patología que padecen.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	40
NO	9	60
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 60 % de las pacientes encuestadas respondió negativamente, expresando que no conocen lo que es el cáncer de mama, y el 40% si la conocen, ya que la mayoría de las pacientes que respondieron si; habían tenido familiares con cáncer de mama.

CUADRO N° 7

Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con relación a que tratamiento se le aplicará.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	40
NO	9	60
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 60% de las pacientes encuestadas respondieron no conocen que tratamiento se le aplicará durante su atención médica oncológica, el otro 40% respondieron si están informadas acerca del tratamiento que van a recibir.

CUADRO N° 8

Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con relación a la mastectomía.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	33
NO	10	67
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 67% de las pacientes encuestadas respondieron negativamente, ellas expresaron que no tienen la información sobre lo que es la mastectomía, este porcentaje es significativo, ya que el procedimiento de mastectomía es uno de los tratamientos que se utiliza en la erradicación del cáncer de mama. Lo que demuestra que las pacientes no están adecuadamente informadas y que el profesional de la salud que está a su alrededor le falta ejercer su rol educativo con mayor hincapié. Con un 33% respectivamente las pacientes dicen que si le han explicado lo que se trata la mastectomía como cirugía antes o después de la colocación de la quimioterapia.

CUADRO N° 9

Distribución porcentual relacionada con la información de cuántos meses o ciclos de quimioterapia poseen las pacientes de nuevo ingresos con cáncer de mama.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	26.6
NO	11	73.3
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 73.3 % de la población encuestada respondieron negativamente referente a que si le había explicado cuanto tiempo recibirían tratamiento de quimioterapia, ya que esto manifiesta la importancia de la orientación y educación del paciente antes de recibir tratamiento sobre todo por parte del personal de enfermería que él que pasa más tiempo con ellas, el resto de las personas encuestadas si fueron informadas con un 26.6% respectivamente.

CUADRO N° 10

Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto al proceso de enfermedad y el tratamiento aplicado.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	53.3
NO	7	46.6
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En el cuadro anterior se observa que la población encuestada respondió si se puede detener la enfermedad con la quimioterapia que recibirá durante su atención médica en el Instituto de Oncología y Hematología con un 53.3%, y con un 46.6% respectivamente respondió negativamente aunque sea un poco más bajo la respuesta negativa, hay que tomarla en cuenta ya que esto destaca que las pacientes que respondieron negativamente no están orientadas respecto a los avances y beneficios que le puede prestar este tratamiento endovenoso.

CUADRO N° 11

Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que poseen las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto al proceso de enfermedad y si esta puede invadir otros órganos.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	66.66
NO	5	33.33
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 66.6% de las pacientes encuestadas cree que la enfermedad si puede invadir otros órganos, y con un 33.3% dicen que no invadirá otros órganos el cáncer de mama.

CUADRO N° 12

Distribución porcentual de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama con respecto a después de la aplicación del tratamiento y los quehaceres cotidianos.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	80
NO	3	20
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En el cuadro anterior se puede detectar que el 80 % de la población encuestada respondió que si puede realizar sus quehaceres cotidianos después de la aplicación del tratamiento, lo que refleja que las pacientes de cáncer de mama no están al tanto con respecto a que actividades y tareas pueden realizar en su vida diaria, y con 20% respectivamente las personas encuestadas dieron su respuesta negativa. Lo que demuestra que poseen un conocimiento insuficiente afianzado que las pacientes necesitan una educación clara para las dudas con referencia su actividad diaria.

CUADRO N° 13

Distribución porcentual de la encuesta realizada a las pacientes de nuevo ingreso de cáncer de mama con respecto si conocen que dieta consumir durante la aplicación sus medicamentos.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	13.33
NO	13	86.66
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 86.66% de las pacientes encuestadas respondieron negativamente, y que no conocen que dieta pueden consumir durante la colocación de su medicamentos, y el 13.3% de la población respondió que afirmativamente sabia que dieta consumir.

CUADRO N° 14

Distribución porcentual de la encuesta aplicada a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto si saben cual es profesional de la salud que pueda orientarlo en cuanto a su alimentación.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	73.3
NO	4	26.7
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 73.3% de la población encuestada respondió que si conocen al nutricionista o al profesional de la salud que lo puede guiar respecto a su alimentación, solo un 26.7% dieron una respuesta negativa, esto permite destacar que la mayoría de las pacientes pueden buscar ayuda respecto a su alimentación durante la aplicación del tratamiento.

CUADRO N° 15

Distribución porcentual acerca del nivel de conocimiento que manejan las pacientes con cáncer de mama con respecto si ellas saben que después de la colocación del tratamiento pueden presentar náuseas, vómitos, disminución de glóbulos blancos y rojos.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	40
NO	9	60
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 60% de la población encuestada respondió negativamente, ya que no maneja la información con respecto a que puede presentar después de la aplicación de la quimioterapia y con 40% respondió que si sabe presentaran náuseas, vómitos, disminución de glóbulos blancos y rojos.

CUADRO N° 16

Distribución porcentual sobre conocimiento que poseen las pacientes de cáncer de mama con respecto a lo que es un linfedema o inflamación del brazo.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	93.33
NO	14	6.66
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: Se observó que el 93.33% de la población encuestada no sabe que es un linfedema o inflamación del brazo ni tampoco porque sucede dicho evento luego de la cirugía. Con un 6.66 % respondieron negativamente con respecto a lo que es un linfedema.

CUADRO N° 17

Distribución porcentual sobre conocimiento que poseen las pacientes de cáncer de mama relacionado a que la quimioterapia puede afectar el cabello, cejas, pestañas, uñas, piel, memoria, entre otros.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	6	40
NO	9	60
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 60% de la población encuestada respondió que no posee idea de que el cabello, cejas, pestañas, uñas, piel, memoria, entre otros se pueden ver afectadas por la quimioterapia que recibirá para el cáncer de mama, y el 40% si lo sabe esto puede ser por los pacientes que mencionaron que tenían familiares con patologías oncológicas, solo por haberlo vivido con alguien cercano ellas lo suponen, pero no manejan la información completa, hay tomar en cuenta que el porcentaje es el menor en este ítem, sin embargo es él más significativo por la falta de desinformación que poseen.

CUADRO N° 18

Distribución porcentual acerca que si después del diagnóstico médico las pacientes con cáncer de mama han presentado cambios de humor, como depresión, llantos continuos, ira, rabia, angustia, ansiedad, entre otras alteraciones.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 100% de las pacientes encuestadas respondieron afirmativamente, manifestaron que después que se le informo el diagnostico medico relacionado asu enfermedad presentaron cambios de humor, como depresión, llantos continuos, ira, rabia, angustia, ansiedad, entre otras alteraciones.

CUADRO N° 19

Distribución porcentual sobre conocimiento que poseen las pacientes de cáncer de mama relacionado con que durante y después de la colocación de la quimioterapia el temperamento de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama puede cambiar.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	46.7
NO	8	53.3
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En el cuadro anteriormente expuesto se observó que el 53.3% de las personas encuestadas respondieron negativamente que su temperamento puede cambiar durante y después de la aplicación del tratamiento, y el 46.7% si creen que cambiará aunque hay sido menor el porcentaje en cuanto a la alternativa afirmativa, se debe tomar en cuenta para el programa educativo.

CUADRO N° 20

Distribución porcentual sobre si se modificara la manera de socialización de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama luego de la cirugía y la quimioterapia.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	13.3
NO	13	86.7
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 86.7% de las pacientes encuestadas manifestaron negativamente que su socialización no va hacer afectada después de la operación y colocación del tratamiento anti-neoplásico. Y el 13.3 % contestaron afirmativamente que si sentían que iba a cambiar su manera de socializar.

CUADRO N° 21

Distribución porcentual relacionada a que si la práctica de la religión modificará la aplicación de tratamiento de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	6.7
NO	14	93.3
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 93.3% de las pacientes encuestadas respondieron, expresando que no se modificaría la práctica de su religión por la colocación de la quimioterapia. Y el 6,7 % respondieron afirmativamente, lo anteriormente analizado representa que la mayoría de la población muestral se inclina por que no se modificará su religión.

CUADRO N° 22

Distribución porcentual sobre que en la unidad de oncología orientaron a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama con respecto a las normas del servicio

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	6.7
NO	14	93.3
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 93.3% de las pacientes encuestadas respondieron, expresando que no se le informo acerca de las normas del servicio de oncología. Y el 6,7 % respondieron afirmativamente, lo anteriormente analizado representa que la mayoría de la población muestral no le ha explicado como será su desenvolvimiento dentro del Instituto de Oncología y Hematología. .

CUADRO N° 23

Distribución porcentual acerca de los efectos adversos o secundarios que pueda producir la quimioterapia a las pacientes con cáncer de mama de nuevo ingreso.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0
NO	15	100
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 100% de las pacientes encuestadas respondieron negativamente, manifestando que esta población no ha sido orientada y educada respecto al tema de los efectos adversos de la quimioterapia.

CUADRO N° 24

Distribución porcentual acerca de la orientación de las pacientes con cáncer de mama con respecto a como prevenir o evitar las complicaciones de la quimioterapia.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	26.7
NO	11	73.3
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: Con un 73.3% respondieron negativamente las pacientes encuestadas, lo que demuestra que a las pacientes no se le ha orientado y educado acerca de como prevenir y evitar las complicaciones de la quimioterapia; y el 26.7 % si sabe que complicaciones y como prevenirlas.

CUADRO N° 25

Distribución porcentual acerca de los cuidados después de la colocación del tratamiento de las pacientes con cáncer de mama

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	20
NO	12	80
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: Con un 80% respondieron negativamente las pacientes encuestadas, lo que demuestra que a las pacientes no se les ha orientado y educado con respecto a los cuidados después de la colocación del tratamiento. Con un 20 % si sabe que sobre los cuidados después de la quimioterapia.

CUADRO N° 26

Distribución porcentual relacionada hacia la orientación de los familiares acerca de los efectos, cuidados y complicaciones de la quimioterapia que recibe las pacientes con cáncer de mama.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	26.7
NO	11	73.3
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: Con un 73.3% respondieron negativamente las pacientes encuestadas, lo que demuestra que a las pacientes no se le ha orientado y educado acerca de como prevenir y evitar las complicaciones de la quimioterapia; y el 26.7 % si sabe que complicaciones y como prevenirlas.

CUADRO N° 27

Distribución porcentual de la encuesta aplicada a las pacientes con cáncer de mama con respecto a su educación continua acerca de su tratamiento le brindara mayor seguridad.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	100%
NO	0	0
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 100% de las personas encuestadas respondieron positivamente, declarando que la educación continúa es un método estable para sentirse seguro durante el proceso de la enfermedad.

CUADRO N° 28

Distribución porcentual sobre el apoyo emocional del personal de enfermería hacia las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.

Muestra: 15 pacientes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 100% de las personas encuestadas respondieron positivamente, manifestado que si es valioso el apoyo emocional del personal de enfermería cuando esta recibiendo con cáncer de mama.

CUADRO N' 29

Distribución porcentual relacionada si la paciente con cáncer de mama se siente respaldada por sus familiares desde el que le diagnosticaron la enfermedad.

Muestra: 15 pacientes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	73.3
NO	3	26.7
TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: En el cuadro anterior se observó que el 73.3% de las pacientes con cáncer de mama si se siente respaldados por sus familiares desde el diagnostico de su enfermedad y un 26.7% no se siente respaldado.

CUADRO N° 30

Distribución porcentual de la encuesta realizada a las pacientes con cáncer de mama relacionada con la importancia de ser orientado con respecto al proceso de enfermedad durante la aplicación del tratamiento.

Muestra: 15 pacientes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 100% de las personas encuestadas respondieron positivamente, manifestado que si es importante ser orientado durante el proceso de enfermedad la colocación de su tratamiento antineoplásico.

CUADRO N° 31

Distribución porcentual acerca si estaría de acuerdo a participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación relacionada con el cáncer de mama.

Muestra: 15 pacientes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100%

Fuente: Instrumento Aplicado

Análisis: El 100% de las personas encuestadas respondieron afirmativamente, donde la mayoría manifestaron que si le gustaría participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación relacionada con el cáncer de mama que se le invite.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo, se presentan las conclusiones y reflexiones a que se llegó finalizando el análisis de los resultados, sobre la base de los objetivos planteados en la investigación.

Conclusiones

1. El promedio de edad de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama que asisten al Instituto de Oncología y Hematología de la UCV es variado, su procedencia aunque el 60% es de la localidad, se observó que el 40% de la población encuestada es de las afuera de la ciudad, lo que refleja que las personas vienen a las grandes ciudades como Caracas por mejoras de la atención médica sobre todo en especialidades oncológica y en cuanto a su estado civil el 40% son solteras, hay algunas en unión libre, casadas y otras divorciadas lo que hace inferir si se une el porcentaje de todas las alternativas, menos las solteras. El 60% de las pacientes con cáncer de mama, tienen un hogar constituido.

2. En cuanto a los antecedentes familiares de cáncer todas las pacientes encuestadas marcaron que tenían familiares con esta patología, las categorías más señalada fue la madre como familiar directo y la categoría de otros familiares, sin embargo esta última eran parientes lejanos como primos, primas, entre otros. Los tipos de cáncer que se observaron en las respuestas de las pacientes fueron: pulmón, próstata, de mama, linfoma, hígado, entre otros, lo que hace pensar que las pacientes que se encuestaron poseen factores de riesgo de cáncer en sus antecedentes familiares, lo que hace más propensa a sufrir dicha enfermedad.
3. La mayoría de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama no poseen un nivel de conocimiento con respecto a la patología que padecen. Al igual con respecto al tratamiento se le aplicará, por ello hay que resaltar que el factor educacional de las pacientes se debe fomentar durante su permanencia de I.O.H de la U.C.V.
4. El 67% de las pacientes con cáncer de mama respondieron que no conocen lo que es la mastectomía, con este resultado se resalta que la paciente que acude a dicha Institución no ha sido orientada desde el día de su diagnóstico, observando que todo el proceso de enfermedad, se ha tomado como si fuera una enfermedad simple, con igual temática en el ítem de cuantos ciclos de quimioterapia se le aplicará respondieron la mayoría que no sabía, y con relación cuando se preguntó a la paciente consideraba que la quimioterapia que recibirá puede hacer que la

enfermedad se detengan, por lo anteriormente expuesto hace reflexionar que no están informadas ni orientadas respecto a la planificación de su tratamiento. Por tal motivo el profesional de enfermería en su rol docente debe implementar estrategias que ayuden a la adquisición de conocimientos de las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.

5. Se pudo determinar con las respuestas de las pacientes en cuanto ha: su desenvolvimiento en sus quehaceres cotidiano después de la aplicación de la quimioterapia, la dieta a consumir, los efectos adversos, sobre las complicaciones de la quimioterapias, sus alteraciones psicológicas, y los cuidados después de la colocación del tratamiento no poseen el conocimiento adecuado para enfrentar la enfermedad y lo que las hace sentir con demasiadas dudas, y desprotegidas por parte del profesional de enfermería que administra la quimioterapia.
6. Las pacientes de cáncer de mama respondieron que si estaban de acuerdo con una educación continua, esto es de gran importancia por que ellas manifiestan tener la necesidad de información, y aquí entra el profesional de enfermería como facilitador en dicho proceso educativo, considerando que a través de la implementación de un programa educativo, lo cual originará un proceso de enseñanza y aprendizaje más estable y eficaz para la paciente de nuevo ingreso con cáncer de mama en el I.O.H de la U.C.V.

7. Las pacientes con cáncer de mama consideran que es importante el apoyo emocional del profesional de enfermería, ya que hay que tomar en cuenta que la relación de ayuda se fomenta en el apoyo y sobre todo emocional para poder ejercer el rol docente, ella debe forjar una relación enfermera (o)- paciente, a través de una comunicación cordial y amable, así poder mantener la atención de las pacientes hacia el personal de enfermería y fomentar el proceso de enseñanza –aprendizaje.
8. En consideración con el objetivo N° 1, Identificar las posibles necesidades que enfrentan las pacientes con cáncer de mama durante el proceso de la enfermedad en el IOH de la UCV, se concluye que las pacientes poseen necesidades como: inadecuado nivel de conocimiento con respecto al proceso de enfermedad desde su diagnóstico, operación, alimentación, aplicación del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, normas del servicio, efectos adversos de la quimioterapias, acerca de lo que es un linfedema, cuidados y complicaciones de los medicamentos antineoplásicos.
9. Por otra parte el objetivo N° 2 se determinó las acciones para relación de ayuda que el profesional puede utilizar de enfermería en el manejo del paciente con cáncer de mama en el IOH de la UCV, a través de las bibliografías consultadas y los resultados obtenidos, ya que una de las acciones de relación de ayuda más importante que debe fomentar el profesional de enfermería con las pacientes con cáncer de mama es su rol docente para poder satisfacer las necesidades

interferidas. El objetivo N° 3 determinar la factibilidad de desarrollar un programa educativo la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del IOH de la UCV, se planificó la factibilidad del proyecto por medio de sus tres fases: diagnóstica, estudio factible y se desarrollo el diseño del programa educativo, esto hace reflexionar que el profesional de enfermería es un ente educativo apto para crear estrategias didácticas por medio de la planificación para que las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del I.O.H de la U.C.V pueda adquirir los conocimientos necesarios para vivir con su patología actual, y llevar un convivir con sus familiares. También se concluye que los familiares se debe integrar a dicha educación para compenetrarlo más con la paciente, para fomentar entre ellos una relación de apoyo más estable.

Recomendaciones:

Partiendo de los resultados obtenidos se recomienda:

1. En líneas generales se exhorta a todo el personal de enfermería que tiene contacto con pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama sin importar su grado académico, a fortalecer la interrelación enfermera – paciente como principal recurso para determinar y satisfacer las necesidades interferidas de cada paciente y familiar acompañante.

2. Implementar medidas de reforzamiento de los conocimientos del profesional de enfermería, en relación de apoyo y orientación que debe brindarle a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.
3. Motivar a las enfermeras (o) a practicar la relación de ayuda al paciente más eficaz, a fin de darle sentido al proceso educativo que debe impartir como ente educativo, esto se logra a través de la capacitación permanente.
4. Ejecutar el diseño de programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama en el Instituto de Oncología y Hematológica de la Universidad Central de Venezuela.
5. Al personal de enfermería a utilizar estrategias didácticas que favorezcan la enseñanza y aprendizaje dirigida a las pacientes de cáncer de mama, para adquieran un nivel adecuado de información con respecto a su proceso de enfermedad.
6. Concienciar al personal de enfermería del área de Oncología Médica sobre la importancia de la ayuda espiritual para el paciente, reafirmando su fe en pro de su bienestar psico- físico.
7. Conformar grupos de trabajo con otros profesionales de salud (psicólogos, orientadores, terapeutas), que aborden las necesidades emocionales de estas mujeres afectadas de cáncer.

8. Presentar los resultados a las autoridades de la institución a fin de que se planifiquen acciones en relación con los resultados del estudio realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agüero, R., Hernández, N. y Pérez, I. (2005). **Participación de enfermería en el establecimiento de la relación de ayuda con las usuarias con cáncer de Cuello Uterino que acuden a la Unidad Clínica de Ginecología del Hospital “Dr. Luis Razetti” de Caracas en el segundo semestre del año 2005.** Trabajo Especial de grado. Escuela de Enfermería, UCV. Caracas.
- Arias, F. (1999). **El Proceso de Investigación.** Episteme. Caracas.
- Bazón, F. Flores, M y Flores, M. (2005). **Relación de ayuda que brinda el profesional de enfermería al familiar del paciente pediátrico hospitalizado en la unidad de hidratación de la Cuidada Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.** Valencia- Edo. Carabobo. Trabajo Especial de grado. Escuela de Enfermería, UCV. Caracas.
- Brunner y Suddarth. (1997). **Enfermería Medico Quirúrgico.** 2 (1) (Octava edición). Mexico. Mc Gran- Hill.
- Chales, B. (1992). **Biblioteca médica familiar.** La lucha contra el cáncer. España: Everest, S.A.
- Cassani, A (1978). **Las estrategias del aprendizaje** [Documento en línea]. Disponible: [hptt:// www. Estrape 4.html](http://www.Estrape4.html). [Consulta: 2008, julio 3].
- Centro para el Control y Prevención de enfermedades.** Departamento de Salud y servicios Humanos. [Documento en línea]. Disponible: [hptt:// www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/treatmente.htm](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/treatmente.htm) . [Consulta: 2008, Octubre 2].
- Cirujano Plástico Online.** [Documento en línea]. Disponible: [hptt://www. Cirujanoplasticoonline.com/main.php?type=leerart&dact050&id=101](http://www.Cirujanoplasticoonline.com/main.php?type=leerart&dact050&id=101). [Consulta: 2008, Octubre 2].
- Código deontológico de Venezuela.** (1.999). Caracas: Federación de Colegios de enfermeras de Venezuela.
- Díaz, F. (1998). **Estrategias docentes para un aprendizaje significativo.** México: Mc.graw Hill. México.

- Díez, M y otros (2008). **Manual de Enfermería**. España: Lexus Editores.
- Dugas, B. (1999). **Tratado de enfermería Práctica**. (2ª edición). México: Interamericana- Mc Graw- Hill.
- Dorotea Orem. **Enfermera teórica**. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>. [Consulta: 2008, julio 20].
- Estadísticas del Cáncer de la OMS**. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.who.int/research/es/>. [Consulta: 2008, Mayo 18].
- Estadísticas del cáncer en Venezuela. **Anuario de mortalidad 2006**. [Documento en línea]. Disponible: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Index.htm. [Consulta: 2008, Mayo 18].
- Estadísticas de Cáncer de mama. **Sociedad anticancerosa de Venezuela**. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.contenido.aspvenezuela.htm> [Consulta: 2008, Mayo 18].
- González, R y Hernández, K. (2006). **Relación de Ayuda como herramienta que utiliza el profesional de enfermería en pacientes quirúrgicos en la Etapa Preoperatorio inmediata en el área de preanestesia de la unidad quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas**. Trabajo Especial de grado. Escuela de Enfermería, UCV. Caracas”.
- Harrison. (1994). **Principios de Medicina Interna**. 2(2). (13ª edición). España: Interamericana.
- Hernández, R. (1998). **Metodología de la Investigación**. México, DF: McGraw Hill.
- Hobble. (1994). **Modelo de relación persona a persona de Joyce Travelbee**. En A Marriner-Tomey . **Teorías de enfermería**. Madrid: Mosby/Doyna libros.
- Hurtado, I. y Toro, J. (1998). **Paradigmas y Métodos de Investigación Social en Tiempos de Cambio**. Clemente Editores, Valencia.
- Hurtado, Martínez, S. (2004). **Medioambiente Sanitario: Enfermería y la relación de ayuda**. **Revista científica y de divulgación**. [Revista en línea]. Disponible: http://www.ee.isics.es/servlet/articulo_EE/plantilla_articulo_EE

&numrevista =o&idarticulo=1082026113334. [Consulta: 2008, Septiembre, 30].

Instituto Nacional del Cáncer (2004). **Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de seno.** Departamento de Salud y servicios Humanos de E.E.U.U. Estados Unidos: Publicado por National Cancer Institute.

Kozier, O. (1993). **Enfermería Fundamental.** 2 (1). (4 ° Edición). Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill.

Lawrence, M (2006). **Diagnostico clínico y tratamiento.** (44ª edición) México: editorial manual moderno.

Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería. Caracas 2.005. Gaceta oficial n 38. 263. [Documento en línea].Disponible: [http:// www.leyesvenezolanas.com //lepe .htm](http://www.leyesvenezolanas.com//lepe.htm). [Consulta: 2008, octubre 5].

López, J. (2005). **Manual para elaboración de proyecto educativo.** Distrito Federal- México. Editorial Plaza y Valdés.

Martínez, F. (2004). **Guía Médica** (Comp.). Madrid- España: Cultural, S.A.

Marriner , A (2000) **Modelos y teorías de Enfermería.** España. Mosby

Ortiz, E Ortiz. Py Vivas, A (2000). **Relación de ayuda proporcionada por el profesional de enfermería al paciente colostomizado que ingresa a la unidad clínica de cirugía I, II, y III del Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas.** Trabajo Especial de grado. Escuela de Enfermería, UCV. Caracas.

Parada, M (1999). **Actitudes en la relación de ayuda.** Trabajo Especial de Grado de la UCV. Caracas- Venezuela.

Pérez, A (2002). **Valores y relación de ayuda en enfermería.** Supuestos previos para su enseñanza (comp.). [Revista en línea]. Año 0, número 2 Disponible: <http://www.saludycuidados.com/numero2/valores.htm>. [Consulta: 2008, Septiembre 9].

Pérez, I. (2004). **La relación de ayuda: intervención de enfermería en el proceso del duelo.** [Revista en línea]. e.ducare21. ensañando a cuidar. Disponible: [hptt: // enfermería2.com/educare/educare08/enseñando/ensenando3.htm](http://enfermería2.com/educare/educare08/enseñando/ensenando3.htm). [Consulta: 2008, Octubre 5].

- Ramírez, N. (1999). **El rendimiento estudiantil y su relación con la aplicación de estrategias creativas en el aula.** Trabajo de ascenso: U.P.E.L. Instituto Pedagógico de Miranda J.M.S.M. Caracas- Venezuela.
- Ríos, A (2004). **El cáncer de mama.** [Documento en línea]. Disponible: <http://www.geocities.cpm/amirhali/-fpdass-mama.htm>. [Consulta:2008, Septiembre21].
- Robbins , S. (2000). **Robbins Patología, estructura y funcional.** (6ta edición). Madrid- España: Mc Graw Hill Interamericana.
- Rodríguez, A. (2005). **Relación de ayuda que establece el profesional de enfermería en pacientes con infarto al miocardio en la unidad clínica de medicina del Hospital Militar “Cnel. Albano Paredes Vivas”, Maracay.** Trabajo presentado como requisito para optar al título de Licenciado en Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Roser, N. (1995). **Estrategias Docentes Enseñanza de Contenidos Curriculares y Desarrollo de habilidades de pensamiento.** México: Fondo cultural Económico.
- Ruiz, C. (2007). **Confiabilidad. Programa Interinstitucional Doctorado en Educación.** [Documento en línea]. Disponible: <http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20%20UCLA%20Art.%20Confiabilidad.pdf>. [Consulta: 2007, Noviembre 14].
- Tamaño y Tamaño (1997). **El Proyecto de Investigación.** Editorial Paidós.
- Tejerina, F (1992). **Cirugía del cáncer de mama.** (1era edición).España: editores Díaz de santos.
- Seguronyes, G. (2003). **Enfermería maternal.** . (Primera edición 1993). España: Ediciones Mason, s.a.
- Stein, J. (2004). **Medicina Interna.** 2 (2). Madrid- España: Salvat Editores. S, A.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador. **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y tesis Doctorales.** (2006). (4' edición). Caracas- Venezuela: FEDUPEL.
- Whaldo, N (1985). **Tratado de pediatría.** 2 (2). (7º edición). Barcelona: Salvat ediciones C.A.

Winstein, C. E. y Mayer, R. E. (1986): **La enseñanza de estrategias de aprendizaje.** Manual de investigación sobre la enseñanza. (3era edición.) New York: MacMillan.

ANEXO A
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR INFORMACION REFERENTE
A UNA PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
RELACIÓN DE AYUDA A PACIENTES DE NUEVO INGRESO CON
CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO DE ONCOLOGÍA Y
HEMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**

Autora:

Aldana, Johanna

C.I No. 13.884.714

Caracas, Noviembre 2008

PRESENTACIÓN

Estimada Paciente

A continuación se le presenta un cuestionario que forma parte del trabajo especial de grado para optar al título de Licenciada (o) en Enfermería, el cual tiene como propósito recolectar información referente al diseño de un programa educativo para la relación de ayuda del profesional de enfermería dirigido a las pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama.

Es conveniente aclarar que los resultados de este cuestionario formarán parte de un trabajo de grado y en ningún momento, ni por razón alguna, se divulgarán datos individuales, la información recolectada será de manera anónima.

Es importante señalar que la información emitida por usted es valiosa para la culminación de esta investigación. Por ello, agradezco su sinceridad en las respuestas, ya que de ello depende la veracidad de los resultados y la aplicación de los mismos para mejorar la relación de ayuda que ofrece el personal de enfermería.

Gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES GENERALES

- Antes de responder cada ítem, lea detenidamente.
- Encierre en un círculo la opinión de respuesta que coincida con su criterio, sólo debe marcar una opinión.
- Responda todas las preguntas, si tiene alguna duda al respecto consulte a la persona que le suministró este instrumento.
- Finalmente, en vista de que el instrumento tiene carácter anónimo, se le recuerda que no tiene necesidad de firmarlo.

Gracias

La investigadora.

PARTE I: Responda los datos que se le piden a continuación

DATOS ESTADÍSTICOS:

1. Edad: _____ Ciudad donde vive: _____

2. Estado Civil:

Soltera: _____ Casada: _____ Divorciada: _____
Viuda: _____ Unión libre: _____

3. Religión: _____

4. Antecedentes familiares de cáncer:

Padre: _____ Madre: _____ Hermana: _____ Hermano: _____ Abuela: _____

Abuelo: _____ Tío: _____ Tía: _____ Otro familiar: _____

Especifique la enfermedad: _____

PARTE II: Marque con un círculo la respuesta que usted considera correcta a su opinión personal:

1. Conoce usted lo que es el cáncer de mama

SI NO

2. Sabe usted cuál el tratamiento que se le aplicará

SI NO

3. Le han explicado qué es una mastectomía

SI NO

4. Le han explicado cuántos meses o ciclos recibirá de quimioterapia

SI NO

5. Considera usted que la quimioterapia que recibirá pueda hacer que la enfermedad se detenga.

SI NO

6. Cree usted que la enfermedad puede invadir otros órganos.

SI NO

7. Considera usted que después de la aplicación del tratamiento pueda cumplir con sus quehaceres cotidianos.
SI NO
8. Sabe usted cual es la dieta que debe consumir durante la aplicación de sus medicamentos.
SI NO
9. Conoce cual es el profesional del área de la salud que puede ayudarlo en cuanto a su alimentación
SI NO
10. Sabe si después de la colocación del tratamiento usted puede presentar: Nauseas, vómitos, disminución de los glóbulos blancos y rojos, disminución o aumento de su peso corporal.
SI NO
11. Sabe usted que la inflamación completa (linfedema) en el brazo del lado de la lesión es una complicación de la cirugía.
SI NO
12. Sabe usted si la quimioterapia para el cáncer de mama puede afectar: el cabello, cejas, pestañas, uñas, piel, memoria, entre otros.
SI NO
13. Después que el médico le informó acerca de su enfermedad usted ha presentado cambios de humor, como: depresión, llantos continuos, ira, rabia, angustia, ansiedad, entre otras alteraciones.
SI NO
14. Sabe usted si durante y después de la colocación de los medicamentos su temperamento puede cambiar.
SI NO
15. Considera usted que se modificará su manera de socializar luego de la operación y la quimioterapia.
SI NO
16. Considera usted que su religión pueda modificar de alguna forma la aplicación de su tratamiento.
SI NO

17. En la unidad de oncología se le orientó acerca de las normas del servicio.
SI NO
18. Sabe usted acerca de los efectos adversos o secundarios que le puede producir la quimioterapia.
SI NO
19. Le han orientado de cómo prevenir o evitar las complicaciones de la quimioterapia.
SI NO
20. Sabe usted acerca de los cuidados después de la colocación del tratamiento.
SI NO
21. Su familiar ha sido orientado acerca de los efectos, cuidados y complicaciones del tratamiento.
SI NO
22. Considera usted que una educación continua acerca de su tratamiento le brindará mayor seguridad.
SI NO
23. Considera que es importante el apoyo emocional del personal de enfermería hacia usted.
SI NO
24. Usted se siente respaldado por su familia desde que le diagnosticaron la enfermedad.
SI NO
25. Cree usted que es importante ser orientado acerca del proceso de la enfermedad durante la aplicación de la quimioterapia.
SI NO
26. Estaría de acuerdo en Participar en talleres, reuniones o charlas para recibir orientación relacionada con el cáncer de mama.
SI NO

ANEXO B
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO C
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CALCULO DE LA CONFIABILIDAD

MÉTODO DE KUDER- RICHARDSON

(Kr20)

SUJETOS	ITEMS																										TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	20
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	19
5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	7
p	0,4	0	0,2	0,4	0	1	0,6	0	0	0	0	0,6	0,6	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0,6	1	1	1	0,6	
q (1-p)	0,6	1	0,8	0,6	1	0	0,4	1	1	1	1	0,4	0,4	1	1	1	1	0,8	1	1	1	0,4	0	0	0	0,4	
pq	0,2	0	0,2	0,2	0	0	0,2	0	0	0	0	0,2	0,2	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0,2	0	0	0	0,2	
SUMATORIA																											
P.Q=		16																									
																										Vt	72

Kr20=0.81

ACEPTADA PROCEDA