



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



**CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA, ENFOCADO EN LA TEORÍA,
FILOSOFÍA Y CIENCIA DEL CUIDADO DE JEAN WATSON, DADOS AL
PACIENTE CON TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO
UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO “Dr. MIGUEL
PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2013**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título de
Licenciado en Enfermería)

Autores:

TSU: Herrera, Beatriz

C.I: 10.529.020

TSU: Lovera, Martha

C.I. 7.056.578

TSU: Vásquez Rolandy

C.I. 15.673.263

Tutora:

Dra. Evelia Figuera Guerra

Valencia, abril, 2013

INDICE

	pp.
Lista de cuadros.....	iv
Lista de gráficos.....	vi
Dedicatoria.....	viii
Agradecimiento.....	ix
Aprobación del tutor.....	x
Resumen.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos del estudio.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	11
Justificación de la investigación.....	11
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación.....	13
Bases teóricas.....	22
Cuidados humano de enfermería.....	25
Enfermería Transpersonal.....	31
Formación de un sistema humanístico-altruista de valores	34
Inculcación de la Fe-Esperanza.....	34
Relación de Ayuda-Confianza...	35
Promoción de la Enseñanza-Aprendizaje.....	40
Provisión de un Entorno de Apoyo-Protección.....	43
Sistema de variables.....	47
Operacionalización de variables.....	48
Definición de términos.....	49
CAPÍTULO III. MARCO METOLÓGICO	50
Diseño de la investigación.....	50
Tipo de investigación.....	51
Población.....	52
Muestra.....	52
Método e instrumento de recolección de datos.....	53
Validez.....	54
Confiabilidad.....	54
Procedimiento de la recolección de los datos.....	56
Técnica de análisis.....	57

CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	58
Presentación y análisis de resultados.....	
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
Conclusiones.....	88
Recomendaciones.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS	
A. Cuestionario.....	
B. Validez.....	
C. Confiabilidad.....	
D. Comunicación.....	

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°		Pág.
1	Datos demográficos relacionados con el sexo del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	58
2	Datos demográficos relacionados con la edad del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	61
3	Datos demográficos relacionados con el nivel de instrucción del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	63
4	Datos demográficos relacionados con el tiempo en tratamiento del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	65
5	Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador Valores Humanísticos, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	67
6	Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador inculcación de la Fe-Esperanza, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico Antineoplásico. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	70

- 7 Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador relación de Ayuda-Confianza, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 73

- 8 Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador promoción de la Enseñanza-Aprendizaje, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 76

- 9 Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador Entorno de Apoyo-Protección, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 79

- 10 Distribución de los resultados obtenidos para la variable, Cuidado Humano de Enfermería, enfocado en la Teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado. Dimensión: cuidado transpersonal en el paciente con tratamiento quimioterápico Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Datos demográficos relacionados con el sexo del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	60
2	Datos demográficos relacionados con la edad del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	62
3	Datos demográficos relacionados con el nivel de instrucción del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	64
4	Datos demográficos relacionados con el tiempo en tratamiento del elemento muestral. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	69
5	Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador Valores Humanísticos, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	72
6	Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador inculcación de la Fe-Esperanza, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.	75

- 7 Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador relación de Ayuda-Confianza, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 78
- 8 Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador promoción de la Enseñanza-Aprendizaje, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 81
- 9 Distribución de los resultados obtenidos, para el indicador Entorno de Apoyo-Protección, percibidos por el paciente en tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 85
- 10 Distribución de los resultados obtenidos para la variable, Cuidado Humano de Enfermería, enfocado en la Teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado. Dimensión: cuidado transpersonal en el paciente con tratamiento quimioterápico. Antineoplásico Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013. 81

DEDICATORIA

Dedico de manera muy especial, al **Padre, Hijo y Espíritu Santo**, por darme vida, salud y perseverancia para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, y desempeñar cada día mejor esta profesión tan loable.

A **mis padres y mi hermano**, por su amor y buenos consejos.

A **mi hijo Kevin**, por ser la bendición que Dios me concedido.

A mi compañero de vida, **Freddy Meléndez**, por su amor incondicional, comprensión, motivación a seguir adelante, y ser mi apoyo en todo momento.
¡Los amo!

Beatriz Herrera

Primeramente a **Dios Todopoderoso**, por darme vida, salud y fortaleza para afrontar los obstáculos y alcanzar mis metas.

De manera muy especial, a mi hermana **Lucía Lovera de Pereira**, por todo el amor y apoyo que me has dado, no existen palabras que puedan expresar todo mi amor y gratitud hacia ti.

A mi hijo, **Joseph Anthony Lovera Valencia**, por tu cariño, amor puro y sincero, y ser quien me motiva cada día a dar lo mejor de mí. ¡Te Amo!

Martha Lovera

A **Dios, Padre Celestial**, por darme vida, salud, capacidad física e intelectual, para alcanzar este peldaño en mi crecimiento como profesional.

A **mis padres**, por todo su amor, guía, apoyo y comprensión.

A **mi esposa**, por su amor, solidaridad, darme estímulo ante las adversidades, y estar siempre conmigo en todo momento.

A **mi hijo**, que es lo más importante de mi vida, y me motiva a seguir adelante.

Rolandy Vásquez

AGRADECIMIENTO

A **Dios Todopoderoso**; por la vida, salud, bienestar y deseos de superación.

A la **Universidad Central de Venezuela** por darnos la oportunidad de continuar con nuestros estudios superiores y prepararnos académicamente para ser cada día una mejores profesionales de la salud.

Agradecemos especialmente, a nuestra **Tutora Dra. Evelia Figuera Guerra**, por dedicarnos parte de su valioso tiempo, y guiarnos en el desarrollo de la presente investigación.

Nuestro más sincero agradecimiento a las **autoridades** del Instituto **Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”** Municipio Naguanagua, Estado Carabobo por su apoyo para el desarrollo de la investigación.

A **los pacientes de la Unidad de Quimioterapia**, que de manera muy gentil, aceptaron formar parte de este estudio, como elementos muestrales.

Gracias...
Los autores

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutora del Trabajo Especial de Grado (TEG) titulado: **Cuidado Humano de Enfermería, enfocado en la Teoría, Filosofía y Ciencia del Cuidado de Jean Watson, dados al paciente en tratamiento quimioterápico Antineoplásico. Unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Enero, 2013.**, presentado por las(os) TSU: Herrera, Beatriz, C.I: 10.529.020; Lovera, Martha, C.I: 7.056.578; Vásquez, Rolandy, C.I: 15.673.263, para optar al título de Licenciado(a) en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Valencia a los 25 días del mes de abril del año 2013.

Dra. Evelia Figuera Guerra

C.I: 2.741.819



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



CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA, ENFOCADO EN LA TEORÍA, FILOSOFÍA Y CIENCIA DEL CUIDADO DE JEAN WATSON, DADOS AL PACIENTE EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO “Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2013

Autores:

TSU: Herrera, Beatriz
TSU: Lovera, Martha
TSU: Vásquez Rolandy

Tutora:

Dra. Evelia Figuera Guerra

RESUMEN

El cuidado de enfermería, es el cuidado de una vida humana integral. El cuidado debe ser por excelencia humanizante. Esta investigación se orientó a determinar el cuidado humanizado de enfermería, enfocado en la teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado de Jean Watson, otorgado al paciente en tratamiento quimioterápico, en su dimensión: Cuidado Transpersonal. Metodológicamente se adscribió a una investigación con diseño no experimental, contemporáneo, de campo, tipo de estudio retrospectivo, transversal, descriptivo cuya población la integraron 250 pacientes en tratamiento quimioterápico antineoplásico, en el instituto oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” situado en Bárbula. Edo. Carabobo, la muestra 25% de la población, la seleccionaron aplicando el muestreo probabilístico azar simple. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo contenido de dos partes la primera referida a los datos demográficos y la segunda, cuestionario, basado en el Nyberg`Caring Assessment (NCA), conformado por treinta y nueve (39) ítems en escala Likert de 5 puntos, que obtuvo una confiabilidad de 0,95 según el índice alfa de cronbach. En los resultados se observa un porcentaje importantes de respuestas en las categorías casi-siempre y casi-nunca para los indicadores estudiados: Formación de un sistema humanístico-altruista de valores, Inculcación de la Fe-esperanza, Relación de ayuda-confianza, promoción de la enseñanza-aprendizaje y provisión de un entorno de apoyo-protección.

Palabras Claves: Cuidado humano, cuidado transpersonal de enfermería, paciente oncológico.

INTRODUCCIÓN

En el ejercicio de la enfermería, además de las labores prácticas rutinarias; existen una serie de elementos que caracterizan a esta profesión, entre ellas las relacionadas con el cuidado humano. Dichos cuidados deben responder a las necesidades del paciente de manera integral, por ello, cada vez se hace más necesario que los profesionales de enfermería, además de los elementos científicos, posean un alto conocimiento sobre relaciones humanas y técnicas especiales de comunicación que correspondan a una aceptación, comprensión e interés, especialmente de confianza y respeto hacia el paciente y su familia.

Especialmente la enfermera oncológica debe proporcionar al paciente que recibe quimioterapia un cuidado holístico, con empatía, respetando su dignidad, con una visión integral de la enfermedad y del cuidado humano, para abordar con mayor garantía todos los aspectos, muchos de ellos no reconocidos o detectados con facilidad; el proceso del tratamiento es arduo y tortuoso, el cual le ocasiona al paciente una serie de trastornos en la esfera física y psíquica, por tanto el equipo especializado debe cubrir todos los requerimientos necesarios para el manejo integral del paciente con cáncer.

En relación al cuidado humano, Watson, J. (1997), autora de la Teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado, considera que “el cuidado es el atributo más valorable que la enfermería pueda ofrecer” (p. 89). La autora, desarrolló sus ideas de los datos sobre las conductas del cuidado, exponiendo las analogías y las diferencias en las descripciones de los cuidados de las enfermeras y los clientes. Su teoría, se basa en suposiciones acerca de la Ciencia del Cuidado y la presencia de los factores de cuidado (componentes estructurales de la ciencia del cuidado).

De allí que, el objetivo general de este estudio consistió en Determinar el cuidado humano de enfermería enfocado en la teoría, filosofía y ciencia del cuidado de Jean Watson, ofrecido al paciente en tratamiento quimioterápico antineoplásico en su dimensión: Cuidado Transpersonal.

Metodológicamente, el estudio se enmarcó en el enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de campo, de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. se adscribió a una investigación con diseño no experimental, contemporáneo, de campo, tipo de estudio retrospectivo, transversal, descriptivo cuya población la integraron 250 pacientes en tratamiento quimioterápico antineoplásico en el instituto oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño" situado en Bárbula. Edo. Carabobo, la muestra 25% de la población, la seleccionaron aplicando el muestreo probabilístico azar simple. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo contenido de dos partes la primera referida a los datos demográficos y la segunda, cuestionario, basado en el Nyberg`Caring Assessment (NCA), conformado por treinta y nueve (39) ítems en escala Likert de 5 puntos, que obtuvo una confiabilidad de 0,95 según el índice alfa de cronbach.

En los resultados se observa un porcentaje importantes de respuestas en las categorías casi-siempre y casi-nunca para los indicadores estudiados: Formación de un sistema humanístico-altruista de valores, Inculcación de la Fe-esperanza, Relación de ayuda-confianza, promoción de la enseñanza-aprendizaje y provisión de un entorno de Apoyo-protección.

El contenido de la investigación realizada se presenta en cinco capítulos, que contienen:

Capítulo I: El Problema, comprende el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y la justificación.

Capítulo II: Marco Teórico contiene los antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variables, operacionalización de variables y la definición de términos.

Capítulo III: Marco Metodológico: contempla el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez del instrumento, confiabilidad, procedimiento de la recolección de los datos, y técnica de análisis.

Capítulo IV. Resultados de la investigación, contiene la presentación de los resultados, contenido de cuadros estadísticos, análisis y gráficos correspondientes surgidos de la investigación.

Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El cáncer ha pasado a ser una de las patologías mas temidas a nivel mundial, ya que se mantiene y agudiza con el transcurrir del tiempo y culmina con la vida de gran porcentaje de las personas que la padecen. Según Salamanca, T. (2006), bajo el nombre de cáncer “se encuentra un conjunto de más de doscientas enfermedades de origen genético que tienen en común el crecimiento desordenado de una serie de células” (p. 68). En este sentido, el impacto de los factores ambientales en la salud es aún mayor debido al incremento de la esperanza de vida, el cáncer está asociado fundamentalmente al envejecimiento de los tejidos, que van acumulando mutaciones con el paso de los años.

No obstante, la ciencia ha avanzado en este campo, y existen métodos empleados para tratar el cáncer y que son muy efectivos como: cirugía, radiaciones, quimioterapia las cuales se emplean de acuerdo al tipo de tumor, fase y localización del mismo.

Dentro de este orden de ideas, la quimioterapia es el tratamiento por medio de medicamentos que tienen la finalidad de reducir el crecimiento tumoral y las metástasis, sin embargo, tienen una serie de efectos secundarios en el organismo debido a que es un tratamiento muy agresivo. Por ello, para el paciente oncológico el diagnóstico de cáncer y su tratamiento es una experiencia difícil y compleja, porque en su vida comienza una jornada llena de emociones fuertes, decisiones con alternativas difíciles

con una necesidad continua de información sobre su enfermedad y pronóstico.

Al respecto, Pizarro, C. (2007), expresa:

No podemos pasar por alto que la enfermedad oncológica está asociada a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, pudiendo afectar no sólo la calidad de vida sino también, en algunos casos, la supervivencia del paciente. Con el objetivo de aumentar la calidad de vida y disminuir los efectos secundarios derivados de la enfermedad, cada vez son más las especialidades y profesionales del mundo científico que reconocen la necesidad de proporcionar cuidado humano de calidad a personas con cáncer y sus familiares (p.71).

Por consiguiente, se hace más necesario que los profesionales de enfermería, además de los elementos científicos, posean un alto conocimiento sobre relaciones humanas y técnicas especiales de comunicación activa como escuchas, respuestas empáticas que correspondan a una aceptación, comprensión e interés, especialmente de confianza y respeto hacia el paciente y su familia para así garantizar un cuidado humano de calidad integral. Este cuidado contribuirá a marcar la diferencia en el paciente entre abandonar la esperanza o no ceder, entre querer vivir o desear morir, haciendo que el individuo pueda de forma realista solucionar sus conflictos, aumentando su seguridad, afectividad, equilibrio psíquico y espíritu de superación frente a la enfermedad, sintiéndose motivado a luchar día a día por su vida.

Dentro de este marco de ideas, la enfermera norteamericana Jean Watson, J. (op cit), expone “el cuidado humano ha de ser el ideal moral de enfermería y su compromiso personal y profesional tiene que ser el respeto a la dignidad humana y la preservación de la humanidad” (p. 89). Es decir, la enfermera debe prestar sus servicios con respeto al paciente y a la vida, debe actuar con sensibilidad humana.

Por demás, es importante la calidad del cuidado humano que el profesional de enfermería ofrece al paciente oncológico, permitiéndose a través de ellos buscar, no sólo el bienestar del paciente, sino también el institucional y el personal, en procurar como lo enfatiza González, M. (2007), de que “el sitio de trabajo se caracterice por ser armónico, eficiente y productivo, que brinde la oportunidad de ofrecer permanentemente cuidados eficientes, eficaces y con calidad” (p. 52). En lo que respecta a los principios de calidad, cabe destacar que los sistemas de atención de enfermería en los últimos años, han marcado un profundo interés por la calidad, considerada como una característica de los cuidados ofrecidos al paciente oncológico, para la satisfacción de sus necesidades interferidas.

Por otro lado, es importante destacar que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), la incidencia del cáncer se ha duplicado en los últimos 30 años y sigue aumentando de forma importante: frente a los 12 millones de nuevos casos de cáncer y los 7,6 millones de muertes que se produjeron por culpa de esta enfermedad en 2007, en 2030 habrá 27 millones de nuevos casos y 17 millones de muertes, la mayoría en países de bajos y medios ingresos. El cáncer es una enfermedad cuya alta incidencia se debe en la actualidad a factores ambientales que se acumulan en los genes a lo largo de la vida.

Asimismo, Pizarro, C. (op. cit.), señala que: “en América Latina anualmente son detectados unos 800.000 nuevos casos de cáncer, de los cuales 450.000 acaban con la vida del paciente, cifra que a juicio de los expertos podría duplicarse para el año 2020” (p. 72). En el caso de los hombres, el tipo de cáncer más frecuente y que produce la muerte es el de próstata, estómago, pulmón y colon, mientras que en las mujeres, prevalece el cáncer de mamas, de útero, estómago y de colon.

Con respecto a la incidencia del cáncer en Venezuela la División de Oncología Ministerio de Salud y Desarrollo Social, citado por Capote Negrin (2009), indica que el cáncer constituye en Venezuela una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, ocupa el segundo lugar entre las diversas causas de muerte, posición, que ha mantenido en los últimos 25 años, siendo sólo superado por enfermedades del corazón y representando el 15 % de la mortalidad diagnosticada en el país.

Dentro de esta perspectiva, la función primordial de enfermería consiste en cuidar, en este sentido Phaneuf, M (1993), afirma que “la práctica de un cuidado de enfermería supone la adquisición de un gran número de conocimientos y habilidades esenciales para suministrar cuidados de calidad” (p.3). En el paciente oncológico este cuidado debe ir encaminado a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo. Por lo que es importante que se tome en cuenta sus necesidades físicas, emocionales y sociales, así como también considerar sus creencias y valores con respecto a su situación de salud, cuidado que amerita tomando en cuenta que cada paciente es una unidad y sus cuidados deben ser abordados individualmente.

En tal sentido, refiere Leininger, M. (1984), que “el cuidado es esencia y campo central unificado y dominable que caracteriza a la enfermera” (p. 446); de manera que para la enfermera o enfermero el cuidado humano es un fin y la más alta dedicación al paciente, de los cuales se derivan, elementos que se hacen necesarios para ser asumidos de una manera razonable, brindando una relación de ayuda que permita crear un clima de fe, esperanza, sensibilidad, confianza, aprendizaje, apoyo y protección.

Según Ariza, C. (1998):

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Esto exige entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico (p. 98).

Con esta premisa fundamental, el cuidado humano contribuye al mejoramiento de la calidad de vida, a través del desarrollo integral del individuo y se vincula con la experiencia humana de la salud y el bienestar. Cabe destacar que, tanto la enfermera como el enfermero, deben tener conocimientos de sí mismo, estar conscientes de sus propias necesidades, sentimientos y pensamientos para que el otro perciba seguridad, eficiencia, capacidad, profesionalismo, en relación a dificultades sentidas y potenciales, utilizando relaciones humanas para resolver problemas y manejar su capacidad de cuidar.

Cabe resaltar que, aun cuando los aspectos técnicos y científicos deben considerarse al proporcionar el cuidado humano las enfermeras y enfermeros deben hacer énfasis en los aspectos humanísticos y éticos del mismo, es decir, hay que retomar los valores del cuidado humano los cuales pueden ser apoyo verdadero, interés hacia las personas, comprender al otro, comunicación, observaciones positivas, entre otros; lo que indica que cuidar es; dedicarse a un fin, a la protección y a la aseguración de la dignidad del ser humano. Este enfoque afianza realmente el valor de la enfermera o enfermero y destaca que, además del conocimiento científico, habilidades y destrezas hace falta escuchar de manera activa al paciente, tocarlo, darle confort, ayudarlo a movilizarse respetando su integridad física y hasta su sufrimiento, lo que a la final, es la razón de ser de enfermería.

Es importante mencionar que en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” ubicado en el Municipio Naguanagua, Estado Carabobo; se atiende diariamente un promedio de 50 personas de lunes a viernes en horario de 7: am a 12:00 m y de 2:00 pm a 5:00 pm, diagnosticados de cáncer en diferentes estadios, a los cuales se les administra tratamiento quimioterápico. El equipo de enfermería adscrito a la Unidad de Quimioterapia, solo se limita a cumplir las indicaciones médicas, omitiendo la comunicación interpersonal y efectiva con el enfermo y el familiar, que tanta falta le hace debido a la vulnerabilidad en que se encuentra. Porque como es sabido, el sufrimiento que soporta un paciente en estas condiciones supera, la mayoría de las veces, a cualquier otro cuadro de convalecencia y se encuentra sumido en la tristeza, depresión, actitud pesimista. Sobre todo si el diagnóstico se realiza tardíamente, como en la mayoría de los casos, esto afecta no sólo las posibilidades de curación, sino la calidad de vida del enfermo mientras recibe tratamiento.

En virtud de ello, el apoyo emocional es importante para que el paciente y los familiares comprendan, acepten y vivan mucho mejor con un diagnóstico de este tipo, y que luchen para seguir adelante y vivir con calidad. No obstante, el profesional de enfermería que le brinda atención directa quizás debido a diversos factores como exceso de trabajo o por omisión, no implementa el cuidado humano en su dimensión factores de prestación de cuidado.

Al respecto, los investigadores de la presente investigación se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles serán los valores humanísticos como factor del cuidado transpersonal en opinión del paciente recibe de enfermería?

¿El personal de enfermería ofrece cuidados de Inculcación de la Fe-Esperanza que fortalecen la salud en el paciente que recibe tratamiento quimioterápico?

¿El personal de enfermería ofrece cuidados para el desarrollo de una Relación de Ayuda-Confianza en el paciente que recibe tratamiento quimioterápico?

¿El personal de enfermería promocionará la enseñanza aprendizaje como factor del cuidado transpersonal, en opinión del paciente que recibe de enfermería?

¿El personal de enfermería promocionará un entorno de apoyo protección como factor del cuidado transpersonal, en opinión del paciente recibe de enfermería?

Para dar respuesta a dichas interrogantes los autores del estudio formulan el siguiente problema de investigación: ¿Cómo es el cuidado humano de enfermería ofrecido al paciente en tratamiento quimioterápico antineoplásico, en la unidad especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Municipio Naguanagua, Estado Carabobo durante el primer trimestre del año 2013?

Objetivos de la Investigación

Objetivo general

Determinar el cuidado humano de enfermería enfocado en la teoría, filosofía y ciencia del cuidado de Jean Watson, ofrecido al paciente en tratamiento quimioterápico antineoplásico en su dimensión: Cuidado Transpersonal.

Objetivos específicos

Identificar la Formación de un sistema humanístico-altruista de valores como factor del cuidado transpersonal que en opinión del paciente recibe de enfermería.

- Identificar los valores de Inculcación de la Fe -- Esperanza como factor del cuidado transpersonal que en opinión del paciente recibe de enfermería.
- Identificar el desarrollo de una relación de Ayuda -- Confianza como factor del cuidado transpersonal que en opinión del paciente recibe de enfermería.
- Identificar la Promoción de la Enseñanza -- Aprendizaje como factor del cuidado transpersonal que en opinión del paciente recibe de enfermería.
- Identificar la Provisión de un Entorno de Apoyo -- Protección como factor del cuidado transpersonal que en opinión del paciente recibe de enfermería.

Justificación de la Investigación

La visión que debe tener el equipo de salud, hacia las personas en casos de enfermedades graves como el cáncer, debe ir dirigida hacia el respeto a su dignidad como persona humana, por sus características de individualidad y complejidad que lo hacen responder de forma impredecible a las circunstancias de la vida. Haciéndose necesario que se asuma una actitud madura, empática, manifestada a través de la compasión por el sufrimiento de esta persona, ponerse en su lugar ante el temor a la hospitalización y a la muerte como un hecho desconocido del que se siente débil y vulnerable.

De allí que, el objetivo de esta investigación está dirigido a: Determinar el cuidado humano de enfermería enfocado en la teoría, filosofía y ciencia del cuidado de Jean Watson, ofrecido al paciente en tratamiento quimioterápico, antineoplásico en su dimensión: Cuidado Transpersonal.

En el contexto teórico, la investigación se justifica, puesto que a través de la descripción e interpretación de conceptos específicos, relacionados con los factores de cuidados, enfocados en la Teoría de la Filosofía y Ciencia del Cuidado de Jean Watson, se buscarán explicaciones al cuidado que recibe el paciente con patología cancerígena en tratamiento quimioterápico antineoplásico.

En lo metodológico, el estudio está plenamente justificado, debido a que al utilizar como método de recolección de datos un instrumento tipo cuestionario, basado en el Nyberg`Caring Assessment (NCA), contentivo de ítems, orientados a medir los subindicadores, indicadores y dimensión de la variable investigada, confirma la utilización de técnicas válidas de investigación.

En el contexto de la práctica, la investigación en sí misma, se justifica, pues los resultados que de ella se obtengan, orientarán la construcción de intervenciones de enfermería enfocadas en el cuidado humano transpersonal, que involucra un compromiso ético con el paciente con cáncer bajo tratamiento quimioterápico, con la finalidad de optimizar los tiempos de espera, mediante los cuidados integrales, que a su vez, alivien los estados emocionales negativos, presentes por la amenaza que la enfermedad representa para su existencia como persona humana y para sus seres queridos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo, describe los antecedentes surgidos de la revisión bibliográfica, las bases teóricas sustentadoras de la variable en estudio, sistema de variables, su operacionalización y la definición de términos básicos.

Antecedentes

La palabra antecedente, es análoga a revisión de la literatura, búsqueda de información sobre un tema específico que se investigue. Para Polit, D. y Hungler, B. (2000), la revisión bibliográfica y estudios previos puede “resultar útiles, para identificar estrategias de investigación..., procedimientos específicos, así como, instrumentos de medición... provechosos para el desarrollo del estudio” (p. 78). Para cumplir con lo citado, se describen a continuación estudios nacionales y estudios internacionales que dan sustento a la investigación.

Investigaciones nacionales relacionadas con la variable en estudio

Herrera, E.; Hernández, M.; González, M. y Figuera, G., E. (2009), realizaron en el Estado Bolívar una investigación orientada a Determinar el Cuidado Humanizado de Enfermería a Pacientes con Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC) en su dimensión: Factores Asistenciales de Cuidado.

Fue una investigación con diseño no experimental, de campo, enmarcada en el tipo de estudio transversal, descriptivo, cuya población la integraron cuarenta (40) pacientes en tratamiento dialítico, tratados en la

Unidad de Diálisis del Hospital Uyapar de Puerto Ordáz, Estado Bolívar; aplicando el muestreo no probabilístico intencional, seleccionaron como muestra el 20% de la población; para la recolección de datos, elaboraron un instrumento tipo cuestionario, contentivo de datos demográficos y treinta (30) ítems, surgidos de los sub-indicadores, indicadores y dimensión enfocados en la Teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado de Jean Watson, en una escala de lickert modificada de cuatro puntos: siempre (4), casi siempre (3), algunas veces (2) y nunca (1); que obtuvo una confiabilidad de 0,95, según el índice de confiabilidad alfa de Cronbach.

En los resultados para el indicador valores humanísticos, el 45,0% de los pacientes en diálisis respondió casi siempre y el 40,0% algunas veces; en la relación ayuda-confianza el 50,0% se ubicó en la categoría casi siempre y el 30,0% en algunas veces; la promoción de la enseñanza-aprendizaje obtuvo 40,0% en casi siempre y algunas veces 35,0%; datos iguales fueron para el indicador provisión de entorno de apoyo-protección.

En atención a los resultados obtenidos, los investigadores concluyen recomendando, presentar los resultados del estudio al equipo de enfermería, para sensibilizarlos hacia la puesta en práctica del cuidado humanizado en la cotidianidad de la interacción con los pacientes en diálisis peritoneal, así como reconocer que el cuidado del ser humano, es la esencia de la práctica de enfermería y que, todo profesional de enfermería debe manifestarse ante el paciente como persona única, auténtica, sensible, capaz de generarle confianza, serenidad, protección y preservación de su dignidad humana. Además, recomendaron propiciar investigaciones en otras áreas del conocimiento de enfermería, para la replicación del instrumento, con la finalidad de dar continuidad a esta línea de investigación.

Otro estudio de interés, fue el realizado por Arrijoja, O.; Briceño, Y.; Requena, J. y Figuera, G.E. (2009), en el Estado Bolívar, cuyo objetivo buscó determinar los cuidados de enfermería, enfocados en la Teoría de Jean Watson, dados a enfermos traqueostomizados hospitalizados, en su dimensión: Cuidado transpersonal.

En el contexto metodológico, la investigación se adscribió al diseño no experimental, de campo, tipo de estudio prospectivo, transversal, descriptivo, cuya población fue conformada por 27 pacientes hospitalizados en el Área de Cirugía II del Complejo Hospitalario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar; la muestra 44,4% fue seleccionada aplicando el muestreo no probabilístico intencional, según los objetivos del estudio, cuyos criterios de inclusión pacientes alfabetos, con traqueostomía y más de diez (10) días de hospitalización.

Para la recolección de los datos, elaboraron un instrumento tipo cuestionario contentivo de datos demográficos y 28 ítems en escala lickert modificada con cuatro alternativas de respuestas, puntuadas en siempre (4), casi siempre (3), algunas veces (2) y nunca (1), en consideración a la dimensión, indicadores y sub-indicadores contentivos en la operacionalización de la variable y cuya confiabilidad alcanzó un valor de 0,96 según el índice alfa de Cronbach. Los datos obtenidos del análisis estadístico, revelaron para el indicador inculcación de fe-esperanza un 33,0% de respuestas en siempre; 33,0% en casi siempre, 17,0% en algunas veces e igual porcentaje en nunca; para el indicador relación de ayuda-confianza, el 59,0% de las respuestas se ubicaron en siempre, 25,0% en casi siempre, 8,0% en algunas veces y un porcentaje igual en nunca; respecto a la promoción de la enseñanza-aprendizaje, el 42,0% se ubicó en siempre, un porcentaje igual en casi siempre y 16,0% en algunas veces; la provisión del

entorno de apoyo y protección obtuvo un 33,0% en siempre, igual para casi siempre, 25,0% en algunas veces y 8,0% en nunca.

En el contexto de los resultados obtenidos, concluyen indicando que los cuidados de enfermería, desde el enfoque transpersonal de la Teoría de Jean Watson, deberían enfocarse en un 100% dado que es, una forma de estar en presencia del otro, es una ocasión real de cuidado auténtica entre la enfermera y el paciente traqueostomizado. Asimismo recomiendan establecer en la programación de educación continua talleres relacionados a la práctica en las acciones del cuidado transpersonal enfocados en la teoría del cuidado humanizado, así como ofrecer los resultados del estudio a otros interesados en la temática, para fortalecer las investigaciones relacionadas con el cuidado humanizado de enfermería.

Cardoza, M.; Navas, A. y Figuera G., E. (2007), realizaron en el Estado Cojedes una investigación orientada a determinar el cuidado humano de enfermería dado al usuario que vivencia enfermedad de Hansen, en su dimensión: Factores asistenciales de cuidado, enfocados en la Teoría de Jean Watson.

Metodológicamente, fue una investigación adscrita al diseño no experimental, de campo, tipo de estudio retrospectivo, transversal, descriptiva, cuya población la integraron treinta (30) usuarios de la Consulta de Dermatología del Hospital Tipo I "Dr. Juan Aponte", Municipio Girardot del Estado Cojedes, de ellos seleccionaron como muestra el 76,6% mediante el muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos, utilizaron como método la encuesta, en su modalidad cuestionario, constituido por datos demográficos y cuestionario propiamente dicho con 37 ítems y tres alternativas de respuesta en escala lickert modificada siempre (3), algunas veces (2) y nunca (1), para medir los sub-indicadores e indicadores

plasmados en la operacionalización de variables y cuya confiabilidad fue de 0,90 según el índice alfa de Cronbach.

Visto los resultados del estudio, las investigadoras señalan que los usuarios con enfermedad de Hansen, se ubicaron 95,0% en la categoría nunca para el indicador inculcación fe-esperanza; 91,3% en nunca en la cultivación de la sensibilidad; 87,0% en nunca y 13,0% en algunas veces para la relación de ayuda-confianza; en las mismas categorías se ubicaron el 91,3% y 8,7% respectivamente para la promoción de la enseñanza-aprendizaje y en lo referido al indicador apoyo-aprendizaje y en lo referido al indicador apoyo-protección el 95,7% de los usuarios estudiados consideró la categoría nunca.

De los resultados obtenidos las investigadoras concluyeron, en la necesidad de planificar acciones de trabajo en equipo con los profesionales de enfermería del centro de salud, para el análisis crítico de los fundamentos científicos de la teoría del cuidado humano, aplicables en el contexto de la práctica profesional que contribuyan a dar cuidados humanísticos a los usuarios de los servicios, en particular los que vivencian enfermedad de Hansen. Recomiendan ofrecer el cuestionario de la investigación a otros interesados en la temática, dados los altos valores de confiabilidad obtenidos, puede ser aplicado en otros grupos humanos, para dar continuidad a la línea de investigación.

Investigaciones internacionales relacionadas con la variable en estudio

Espinoza Medalla, L.; Huerta Barrenechea, K.; Pantoja Quinche, J.; Velásquez Carmona, W.; Cubas Cubas, D. y Ramos Valencia, A. (2010) realizaron en Huacho una investigación orientada a describir la percepción del cuidado humanizado en pacientes atendidos por el profesional de

enfermería en el Hospital “Es Salud Huacho” e identificar el cuidado humanizado percibido por los usuarios del Servicio de Hospitalización.

Metodológicamente, fue una investigación con enfoque cuantitativo, adscrita al tipo de estudio descriptivo, prospectivo y transversal, cuya población la conformaron un total de 65 pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina, Cirugía y Obstetricia del Hospital “Gustavo Lanatta Luján”, los mismos integraron en un 100% la muestra; para recolectar los datos, utilizaron el método de encuesta, y como instrumento, el cuestionario de preguntas cerradas y respuestas politómicas en escala lickert modificada de cuatro puntos: nunca, algunas veces, casi siempre y siempre para medir los indicadores: 1. Sentimiento del paciente, 2. Dar apoyo emocional, 3. Dar apoyo físico, 4. Cualidades del hacer de la enfermera, 5. Proactividad, 6. Empatía, 7. Priorizar al Ser cuidado, 8. Disponibilidad para la atención. Además, elaboraron un instrumento para la recolección de datos demográficos.

En los datos analizados encontraron que el 63,0% era del sexo femenino y el 36,9% masculino; del total el 35,4% estaba hospitalizado en el Servicio de Medicina; 35,4% Servicio de Ginecología y el 29,2% en el Servicio de Cirugía. En cuanto a la percepción del cuidado de enfermería, la frecuencia de las respuestas de los pacientes, según las investigadoras, fueron ubicadas en alto porcentaje en las categorías algunas veces, casi siempre, nunca respecto a: sentimiento del paciente 44,0%, 16,9%, 16,0%. Dar apoyo emocional: 47,7%; 30,8% y 13,8%. Dar apoyo físico 35,4%; 29,2%; 16,9%. Cualidades del hacer de enfermería 32,3%; 23,1%; 21,5%. Proactividad 30,8%; 16,9%; 29,2%. Empatía 52,3%; 15,4%; 15,8%. Priorizar el Ser cuidado 30,8%; 16,9%; 36,9%. Disponibilidad para la atención 39,7%; 18,1% y 24,8% respectivamente.

Concluyeron recomendando la importancia de concienciar al personal profesional de enfermería sobre el cuidado humanizado e individual del paciente y del trato que merece como ser humano único e irrepetible; cumplir y practicar el principio bioético de autonomía, respetando las decisiones del paciente en todo momento del cuidado, dado a que determinaron que existía una percepción muy baja del cuidado humanizado que realiza el profesional a favor de los pacientes hospitalizados.

Llantá Abreu, M.; Pire Stuart, T.; Grau Abalo, J.; Vilaú Prieto, L.; Massip Pérez, C.; Grau Abalo, R. y Ortíz Viveros, G. (2008), realizaron en Cuba una investigación con la finalidad de identificar el sufrimiento a partir de la percepción subjetiva del paso del tiempo; así como analizar la correspondencia entre tiempos de espera prolongados o acostados y las respuestas explicativas de malestar o bienestar de los pacientes que recibían quimioterapia ambulatoria.

En el marco metodológico, el estudio lo adscribieron a un diseño no experimental, tipo investigación evaluativa-descriptiva, cuya población la integraron 120 pacientes que recibían quimioterapia ambulatoria en el Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología (INOR) situado en la Habana; los mismos conformaron el elemento muestral y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: firmar una cédula de consentimiento informado para participar en el estudio, no tener limitaciones neuropsíquicas que imposibilitasen la comprensión de las instrucciones del instrumento y su llenado, y no tener algún impedimento físico que interfiriera con la contestación autónoma del instrumento. Para la recolección de datos utilizaron un instrumento titulado Tiempos de Espera y Sufrimiento, creados por investigadores españoles, conformado solo por dos preguntas: 1. ¿Cómo se le hizo el tiempo el día de ayer?, le pide a los investigados la valoración subjetiva del tiempo en la unidad seleccionada (esta noche, esta mañana,

esta tarde) que se corresponde con tres tipos de respuesta: corto, largo y otra calificación; 2. ¿Porqué dicha calificación?; además recogieron datos socio-demográficos y clínicos referidos a: sexo, edad, procedencia, nivel de escolaridad, tipo de ocupación, evolución de la enfermedad en tiempo, neoplasia.

En los resultados señalan los investigadores que la muestra se caracterizó por ser predominantemente del sexo femenino 95%; con edades entre 40 y 59 años de vida (53%); procedentes el 87% de zonas urbanas de la capital, el 71% con un alto nivel de escolaridad medio superior y superior; el 38% de ocupación técnico-profesionales, amas de casa 25% y obreros 22%. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, era menor de un año, el 47% se hallaban en tratamiento oncoespecífico, con un tiempo de evolución de siete meses o menos el 53%, que caracterizan como una etapa en que “las expectativas individuales de curación de los pacientes matizan sus estilos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad”. Encontraron además que, las neoplasias de mamas fueron las más frecuentes, 77% de casos, seguido por linfomas 13%. Con respecto al tiempo subjetivo (corto o largo) y otras denominaciones el 10.0% se ubicó en corto, el 31,7% en largo y el 58,3% en otras denominaciones; de connotación positiva: 25,7% normal, corriente, como todos los días; 14,2% emocionante; respuestas de connotación negativa, respecto al tiempo, mejor, muy bonito, me fue bien 31,4%; larguísimo, demasiado largo 17,1%. En las respuestas a la segunda pregunta, encontraron que los pacientes en un 18,4% dijeron espera impaciente por tratamientos y/o efectos; 16,6% tenía lo de siempre, lo cotidiano; 11,6% conforme, fe en la vida, energía positiva, autocontrol; 11,6% ocupado, entretenido, paseando; 11,6% con molestar, dolor, síntomas, molestias. Respecto a la correlación entre tiempo subjetivo y expresiones de bienestar/malestar, encontraron los investigadores, altas correlaciones entre las expresiones subjetivas de tiempo largo y percepción subjetiva de tiempo

corto, a expresiones de bienestar, confirmando los postulados teóricos, que según los investigadores evalúan el sufrimiento en los pacientes oncológicos.

Concluyen, señalando, en los pacientes con cáncer que se encuentran bajo tratamiento quimioterápico se pone de manifiesto una correspondencia entre la valoración subjetiva del tiempo y las expresiones de bienestar/malestar, siendo necesario implementar un sistema de estrategias multimodales, para aliviarles el sufrimiento asociado a los tiempos de espera, con el fin de optimizar la atención y los cuidados integrales.

Rivera Álvarez, L.Y.; Triana, A. (2007), realizaron en Colombia una investigación orientada a determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en la Clínica del Country.

Fue una investigación con abordaje cuantitativo, tipo transversal, descriptivo, cuya población fueron los pacientes ingresados a los Servicios de Hospitalización de la Clínica del Country situada en Bogotá, Colombia. Para la recolección de datos utilizaron el PCHE, un cuestionario contentivo de indicadores basados en la Teoría de Jean Watson “Ciencia y Cuidado Humano” con cuatro categorías de respuesta: siempre (4), casi siempre (3), algunas veces (2) y nunca (1).

Señalan en los resultados que el cuidado humanizado de enfermería percibido por los pacientes hospitalizados, acorde con las categorías de cuidado percibidas en mayor medida fueron: priorizar a la persona 89,5%; cualidades de la enfermera(o) 89,4%; características de la enfermera(o) 89,8%; sentimientos del paciente 87,6%; todas ubicadas en la categoría siempre. Y las categorías de cuidado percibidas en menor medida por el usuario de los servicios hospitalizados fueron: empatía 77,9%; apoyo

emocional 79,6%; proactividad 80,5% y disponibilidad para la atención 85,4% ubicadas en casi siempre, algunas veces. En términos de la percepción global de cuidado humanizado, de parte de las personas hospitalizadas, registraron las siguientes frecuencias y porcentaje: siempre 86,7%; casi siempre 12,04%; algunas veces 1,09% y nunca 0,0%.

Concluyen recomendando la importancia de rescatar los comportamientos de cuidado, como también su significado a la luz de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

Los estudios nacionales e internacionalizados antes descritos son un significativo aporte para esta investigación dado a que orientan en la selección de elementos claves para selección de la dimensión e indicadores que conformaran la variable de estudio, así como los elementos de interés metodológicos a considerar para el desarrollo de la misma.

Bases Teóricas

La enfermería ha evolucionado de forma vertiginosa y espectacular como disciplina científica; aceptándose que, a medida que transcurren las décadas, la enfermería se hace mas sensible a las necesidades del otro en el campo de los cuidados de la salud, más creativa en su empeño de cubrir esas necesidades y más objetiva para analizar sus esfuerzos y objetivos profesionales. De acuerdo con Agramonte del Sol, A. y Leiva Rodríguez, J. (2007). Enfermería “es una profesión dinámica y su práctica está en constante transformación” (p.2).

La enfermería ha avanzado con decisión para instaurarse como disciplina científica, comenzó a crear y sometió a prueba sus propias bases teóricas, a fomentar el desarrollo académico de las personas que ejercen a

nivel profesional, a aplicar sus propias teorías a la práctica y a utilizarlas para enriquecer aquellas.

En el contexto de lo descrito, se comparte lo expresado por Duran.E.M. (1999) con respecto a la profesión:

Ser un profesional de la enfermería, implica hoy cualidades muy especiales. Requiere crear y construir permanentemente nuestra profesión. Reclama fuerzas para mantenerse frente al dolor de otros. Requiere imaginación crítica para adaptar a la organización de los servicios de salud, un entorno favorecedor del cuidado de las personas. Requiere de una preparación y un talento científico, técnico, humano, que posibilite enseñar y ayudar a suplir las necesidades del cuidado de cada individuo como Ser único, incorporando su entorno, la familia y la comunidad. (p.10)

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, pero, enfermería como profesión sanitaria, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación al cuidado de las personas. El cuidado tiene dos dimensiones, una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar.

Vital es, entonces, entender las nuevas concepciones teóricas con una visión de cuidados humanos, que puedan movilizar la enseñanza y práctica tradicional de enfermería, la que muchas enfermeras(os) sostienen desde el paradigma de la totalidad, hacia otro paradigma, el de la simultaneidad, centrado en la ciencia humana.

Es por ello, importante comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos desarrollados por Watson, J. (1979) en su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado en tanto que permite “ dar un sentido coherente y consistente a enfermería como ciencia humana...utilizando un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-

práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería”(P.51).Esta teoría de corte existencialista – humanista, se enfoca en la necesidad de rescatar los elementos fundamentales del cuidado que en último término permitirán su trascendencia.

Urra, E., Jana, A.y García, M. (2011) en el texto de un análisis del pensamiento filosófico de Jean Watson, hacen referencia a su libro más reciente Ciencia del Cuidado como Ciencia Sagrada (2005) donde la autora afirma:

El cuidar es parte fundamental del Ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar al Ser, este Ser es un Ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud.

Lo citado, es un referente importante para los profesionales de enfermería, en particular para aquellos adscritos a unidades especiales de oncología donde brindan cuidados al paciente con patología cancerígena, en tratamiento con tratamiento quimioterápico, quien como persona humana que es, y seguirá siendo demanda cuidados humanizados enfocados en el compromiso, la dedicación, el respeto, en su unicidad individual, que vive y padece una enfermedad; y, son los profesionales de enfermería, los llamados a mantener las virtudes del encuentro de cuidado con dichos pacientes, para ayudarlos y sostenerlos en esa etapa difícil de su vida.

Lo anterior orienta la descripción conceptual y teórica de la variable en estudio, su dimensión, indicadores y subindicadores plasmados en la operacionalización de la variable.

Cuidado humano de enfermería al paciente en tratamiento quimioterápico

En el cuidado del paciente con cáncer es importante considerar al paciente como persona, con sus creencias, los valores, las expectativas y atribuciones, las actitudes y emociones; tratar de descubrir a través del contacto humano la fuerza y la dignidad que tienen en su interior, su riqueza espiritual, las cualidades positivas y valiosas que encierran, y que lo ayudarían a afrontar la enfermedad de la mejor manera.

Wand, R. (2006), afirma que:

Los pacientes con cáncer como todos los que padecen una enfermedad crónica, son seres humanos con sentimientos, pensamientos, esperanzas y sueños. No son pacientes cancerosos, son personas con cáncer. Por lo tanto las cuestiones referentes a su enfermedad y los planes y opciones de tratamiento deben ser individualizados. No obstante, estos pacientes de manera universal requieren de cuidado humano, atención de óptima calidad, con optimismo, estableciendo una comunicación eficaz y afectiva. Estos pacientes se sentirán reconfortados al sentirse escuchados, comprendidos, acompañados, tocados, porque un tacto apropiado y respetuoso es una comunicación no verbal que le dice al paciente que se le reconoce como ser humano, como persona y no solo como un cuerpo enfermo o un caso interesante (p. 503).

En otras palabras, al paciente con cáncer se le debe ver como persona con sentimientos y pensamientos diferentes, cuyo tratamiento debe ser individualizado según el caso lo requiera. Sin embargo, de manera general, como todo ser humano, estos pacientes requieren de una atención de enfermería que cubra sus necesidades de comunicación tanto verbal como no verbal, para sentirse reconocidos como un ser humano y no solo como un cuerpo que está enfermo.

En otro orden de ideas, Macarulla, T.; Ramos, F.; y Tabernero, J. (2009), indican:

El cáncer o neoplasia se define como un fenómeno que se origina cuando un conjunto de células del cuerpo humano crecen sin control, y tienen la capacidad de invadir otros tejidos liberando parte de las células tumorales al torrente sanguíneo o linfático; mediante este proceso se forman lesiones a distancia llamadas metástasis. Esta enfermedad puede desarrollarse a partir de células de cualquier órgano del cuerpo humano, para posteriormente diseminarse a otros órganos dando lugar a la formación de metástasis (p.7)

Es decir, el cáncer es el crecimiento incontrolado de células que se pueden extender de un órgano a otro ocasionado lo que se llama metástasis, es una enfermedad frecuente y grave; su curación se volverá más difícil a medida que se extiende el crecimiento invasivo.

Igualmente, Macarulla, T.; Ramos, F.; y Tabernero, J. (op cit), afirman:

El proceso de carcinogénesis, que se conoce como la capacidad que tiene la célula de multiplicarse incontroladamente y de invadir a otros órganos, suele durar años en la mayoría de los casos. Una célula normal pasa a convertirse en cancerosa como consecuencia de una alteración en los genes contenidos en el ADN llamada mutación. Este daño puede ser debido a un aumento de los genes que estimulan la división de la célula o por una pérdida de función de los genes que frenan la función celular (p. 14).

En consecuencia, el proceso del desarrollo de células cancerosas puede durar varios y es causado por una mutación o alteración en los genes del ADN. Por otro lado, el tratamiento del cáncer depende del tipo y grado en que se encuentre la enfermedad, entre ellos tenemos la quimioterapia, radioterapia y cirugía.

Murray, M., Birdsall, T., Pizzorno, J., Reilly, P. (2004), expresan que:

La quimioterapia se refiere al uso de uno o varios fármacos para el tratamiento del cáncer. Uno de los problemas de la quimioterapia estándar es que funciona atacando tanto a células que se dividen activamente tanto si son cancerosas como si no. Algunas células normales incluidas las que revisten las paredes del intestino, médula espinal y folículos capilares se dividen constantemente por lo que son más propensas a dañarse por los efectos de la quimioterapia. El tipo de efectos secundarios de este tratamiento depende de muchos factores: los agentes utilizados, la combinación de fármacos, la dosis y el tiempo del tratamiento; el estado de salud general del paciente y el historial de la quimioterapia aplicado con anterioridad. (p. 229)

Es decir, la quimioterapia consiste en la administración de fármacos que provocan la destrucción de las células tanto sanas como tumorales; y producen una serie de efectos secundarios que alteran el bienestar del paciente durante varios días posterior a su administración, y su agudeza va a depender de factores relacionados con los componentes del medicamento, dosis, tiempo del tratamiento, así como el estado general del paciente.

Basado en lo señalado por Márquez, S. (2001), con respecto al tratamiento, indica que:

Existen unas condiciones generales que, en una gran parte de casos, son comunes: La quimioterapia se administra en forma de **ciclos**, alternando periodos de tratamiento con periodos de descanso. Un ciclo es el periodo de tiempo que va desde la administración del tratamiento (e incluye el de descanso) hasta la siguiente administración. Antes de iniciar el tratamiento es necesario valorar, mediante un análisis de sangre, si los niveles de glóbulos rojos y de leucocitos son normales, ya que las dosis de los fármacos dependerán de estos resultados (p. 103).

Analizando la cita anterior, se entiende por ciclo de la quimioterapia el tiempo que transcurre entre una quimioterapia y otra, y es primordial que previo a la aplicación del tratamiento el paciente sea valorado para conocer si

sus niveles de glóbulos rojos y leucocitos están normales, y de este resultado dependerá la dosis de los fármacos que componen la quimioterapia.

Igualmente, antes de iniciar un nuevo ciclo es necesario realizar un control de sangre para asegurarse de que la quimioterapia no está alterando los niveles de hematíes y leucocitos de la sangre. Si esto fuera así, sería necesario retrasar la administración del siguiente ciclo de quimioterapia hasta que se hayan recuperado los valores de la sangre.

Es importante resaltar que el recibir quimioterapia, implica para el paciente una serie de efectos secundarios, los cuales son problemas de salud que puede causar el tratamiento, debido a que los medicamentos que se usan para destruir las células cancerosas pueden dañar las células sanas del organismo. Los efectos secundarios son diferentes en cada persona. Es muy difícil atacar una enfermedad tan grave como el cáncer sin producir efectos indeseables para el paciente. Lo que se debe recordar es que no todas las personas experimentan todos los efectos secundarios y algunas personas experimentan unos pocos, si es que experimentan alguno.

Sin duda alguna, la gravedad de tales efectos varía en gran medida de acuerdo con la persona. Es importante que el personal de salud de a conocer dichos efectos secundarios al paciente, como cuáles son los síntomas que tienen mayores probabilidades de ocurrir posterior a la aplicación con la quimioterapia, cuánto durarán, qué tan graves pueden ser y cuándo debe buscar atención médica. Todo ello causa miedo, dudas e incertidumbre en el paciente.

El paciente con tratamiento quimioterápico antineoplásico necesita de cuidados específicos para ayudarlo, retroalimentarlo, protegerlo durante el procedimiento. Watson, J. (op cit), autora de la Teoría Cuidado Humano,

considera que “el cuidado es el atributo más valorable que la enfermería pueda ofrecer” (p. 89). La autora, desarrolló sus ideas de los datos sobre las conductas del cuidado, exponiendo las analogías y las diferencias en las descripciones de los cuidados de las enfermeras y los clientes. Su teoría, se basa en suposiciones acerca de la Ciencia del Cuidado y la presencia de los factores de cuidado (componentes estructurales de la ciencia del cuidado).

En este orden de ideas, el cuidado, puede ser demostrado de manera efectiva y practicado de forma interpersonal, y consta de factores de cuidado que pueden satisfacer las necesidades humanas. La autora Watson, J., ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial–fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Por otro lado, Marriner, A. (2003), señala “Watson cree que también es esencial una base sólida de humanidad para el proceso de cuidado holístico de los pacientes. Cree que el estudio de humanidades expande la mente y aumenta las habilidades para pensar y el crecimiento personal” (p. 148).

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

Es pertinente entonces destacar que, la visión que debe tener el equipo de enfermería, hacia las personas con enfermedades graves como el cáncer, a quienes brinda sus cuidados debe ir dirigida hacia el respeto a su dignidad como persona humana, por sus características de individualidad y complejidad que lo hacen responder de forma impredecible a las circunstancias de la vida. Sobre este particular Marriner, A. (op cit), refiere:

Watson afirmaba que el cuidado es la esencia de la práctica enfermera. El cuidado es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real del cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidados entre la enfermera y el paciente. El cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación; la ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera, su razón de ser para la sociedad (p. 147).

En análisis a la cita anterior, y relacionándolo con la necesidad de cuidados del paciente con cáncer, que está en proceso de tratamiento con quimioterapia, es de suma importancia contar con un personal de enfermería con alto sentido de responsabilidad, ética, moral y amor, haciéndose necesario que asuma una actitud madura, empática, manifestada a través de la compasión por el sufrimiento de esta persona, ponerse en su lugar ante el temor a la hospitalización e inclusive a la muerte como un hecho desconocido del que se siente débil y vulnerable.

Es fundamental reflexionar sobre el cuidado humano que se ofrece ya que el cuidado como condición humana debe constituir un imperativo moral en la atención del enfermo con enfermedad grave. El personal de enfermería debe aceptar que la dignidad humana debe estar presente en todo momento. Es necesario, estar en concordancia con la tecnología, con la ciencia, pero sin perder la perspectiva de las otras personas, es decir la espiritualidad. La ciencia aplicada a beneficio del hombre e impregnada de sabiduría.

Por otra parte, en su teoría de cuidados transculturales, Leininger, M. (op cit) señala que:

El cuidado humano, aunque es un fenómeno universal, varía entre las culturas en sus expresiones, procesos y modelos; está en gran parte derivado de la cultura. Estas diferencias en los valores y conductas de los cuidados establecen diferencias en las expectativas de aquellos que buscan cuidados. Por ejemplo, las culturas que perciben la enfermedad principalmente como una experiencia personal y del interior del cuerpo-producida por factores de estrés físicos, genéticos e intracorporales, tienden a usar más medicamentos y técnicas físicas que las culturas que ven la enfermedad como una experiencia extrapersonal (p. 3)

En el contexto de lo antes citado, es importante que el profesional de enfermería tenga conocimiento acerca de las creencias de las diferentes culturas referidas al cuidado humano, porque aunque es un fenómeno universal, existen diferencias culturales de cómo las personas ven la enfermedad y las necesidades de cuidado que ella implica.

Cuidado Transpersonal

La enfermería esta centrada en relaciones de cuidado transpersonal. En su teoría Filosofía Transpersonal del cuidado humano, Watson, J (op.cit.) entiza que “el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional de enfermería y el paciente”(p.15). Es decir que, el cuidado transpersonal, es un cuidado relacional entre dos personas, la persona cuidada y la persona cuidadora.

También argumenta Watson, J. (1979) que la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

El Compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. (p.7)

De lo citado, el cuidado transpersonal se interpreta como unión espiritual entre dos personas, el profesional de enfermería y el paciente cuidado, que trasciende como señala Watson,J.(op.cit.)"Persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno" (p.35).

En ese sentido, el cuidado transpersonal, se traduce en una relación profunda de amor, de acercamiento, donde se muestre preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona, paciente cuidado en cuanto a su propia salud. Dicho acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona enferma, el paciente en tratamiento quimioterápico como del profesional de enfermería que lo cuida y destaca así mismo, la mutualidad entre los dos, que es fundamentalmente a la relación. De esta forma, la preocupación del que cuida, el profesional de enfermería y del que es, cuidado, paciente en tratamiento con quimioterapia, se conectan entre sí en una búsqueda mutua de sentido e integridad para la trascendencia espiritual del sufrimiento, pues no hay que olvidar que vivir el cáncer, genera sufrimiento, pena, angustia, preocupación, dolor entre otros sentimientos que merecen ser comprendidos y atendidos con altruismo desde un relacionamiento univoco enfermera - paciente.

Finalmente, el termino transpersonal como lo indican Rivera Álvarez, L. y Triana, A. (op.cit.) quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar "conexiones espirituales más profundas en las promoción de la comodidad y la curación...el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar y conservar la

dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.”(P.8).

La base de la teoría Filosofía y ciencia del cuidado de Watson, J. (1979) para el cuidado transpersonal son los 10 factores de cuidado descritos por Neil, R.M. (2003), mostrados a continuación:

(1) Formación de un sistema humanístico-altruista de valores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de las cuales se puede dar una extensión del sentimiento de uno mismo. (2) Inculcación de la fe-esperanza, incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico. (3) Cultivación de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, a medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos éstos se vuelven más genuinos y sensibles hacia los demás. (4) Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, esta relación es crucial para el cuidado transpersonal. (5) Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, la enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. (6) Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, el proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado. (7) Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal. Este factor es un concepto importante para la enfermera porque separa el cuidado de la curación. (8) Provisión del entorno de apoyo y protección y correctivo mental, físico, sociocultural, donde la enfermera tiene que reconocer la influencia del entorno interno y externo en la salud y la enfermedad. (9) Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas; las enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. (10) Permisi3n de fuerzas existenciales fenomenol3gicas (p. 149).

De los diez factores de cuidado antes citados, se seleccionaron para este estudio los siguientes: valores humanísticos, Inculcaci3n de la Fe-esperanza, desarrollo de una relaci3n de ayuda-confianza, promoci3n de la ense1anza-aprendizaje y la provisi3n de un entorno de apoyo-protecci3n.

Formación humanista –altruista en un sistema de valores.

Este factor se convierte luego en la práctica de amorosa **bondad** y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente. Watson, J. (1979), asume que “el día a día de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evoluciones en su desarrollo moral” (P.150).este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico, la formación en ciencias humanas que brinda las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales, psicológicas y éticas de las personas, porque se cuida a seres humanos diferentes y únicos. Para Watson,J.autora de la teoría, ampliamente citada, los valores humanísticos y altruistas “se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia de las enfermeras-educadoras”(P.149)Dicho factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo, para que los cuidados se conviertan en una práctica amable y ecuánime, dándole sentido al acto de cuidar al paciente en tratamiento quimioterápico antineoplásico ,este requiere de los profesionales de enfermería manifestaciones de **bondad,solidaridad,paciencia y sinceridad** en el encuentro diario.

Inculcación de la Fe - Esperanza

Este factor facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud. En este sentido, Marriner, A. (2003), cita a Watson. J., la cual señala:

Este factor que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente ya la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan salud (p. 149).

Tal como se ha visto, la inculcación de fe y esperanza donde se orienta el rol de la enfermera en la promoción del bienestar, se realiza ayudando al cliente a adoptar conductas de búsqueda de la salud, mediante el uso positivo de los poderes de sugestión, apoyando positivamente al paciente y desarrollando relaciones enfermero-usuario efectivo. Es esencial para los procesos de cuidado y curación en cuanto al cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás. Conduce a la autorrealización, a través de la concepción. Además es importante para la enfermera, ya que si es capaz de expresar sus sentimientos personales, puede ayudar mejor al usuario a hacer lo mismo también. Domínguez, A., y García, L. (2006), manifiestan:

El principio de **bienestar** del paciente debe estar por encima de cualquier otra cuestión. El altruismo es un elemento fundamental en este principio, ya que implica que el personal de salud debe poner el bienestar del paciente por encima de sus intereses personales” (p. 64)

En este sentido, el profesional de enfermería en procura del bienestar del paciente no debe anteponer sus intereses personales, ya que estos obstaculizarían el objetivo, que es hacer el bien, sin dañar su autonomía, sobre la base de un diálogo que permita darle alivio y la información que necesita de manera sensible y sutil, pero veraz, considerando su vulnerabilidad.

Igualmente la **inculcación de la Fe- esperanza** tiene gran influencia en el optimismo de los pacientes con cáncer, es decir es de gran ayuda cuando la enfermera y el médico le motivan a tener **fe** en el tratamiento quimioterápico antineoplásico que le será administrado por un tiempo específico y a tener **esperanza** en su mejoría.

Relación de Ayuda-Confianza

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Es así como Marriner, A. (2003), menciona:

Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La **empatía** es la capacidad para la experiencia y por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otras personas y para comunicar aquellas comprensiones. La **acogida no posesiva** se manifiesta con un volumen moderado del habla, una postura relajada, abierta; y las expresiones faciales que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (p. 149).

De manera más amplia, si la enfermera posee **empatía**, demuestra estar consciente del carácter único e individual del paciente en tratamiento quimioterápico; está dispuesta a compartir las emociones de éste, se interesa en él como un ser igual a sí misma, si éste percibe que es tratado como un objeto, se pondrá a la defensiva de inmediato, no obstante, si percibe que la enfermera se interesa por él, la relación generará confianza y una comunicación eficaz.

Según Bermejo, J.C. y Carabias, R. (2001), definen la empatía como:

La disposición interior del ayudante que permite llegar al corazón del ayudado, llegar a ver con sus ojos, escuchar con sus oídos y captar bien lo que la persona en dificultad siente en su mundo interior, y puede resultar útil en la relación de ayuda ” (p. 25)

Es decir la actitud empática de la enfermera hacia el paciente le ayuda captar mejor los sentimientos y necesidades de éste, al estar atenta a los mensajes verbales, reconocer sus gustos, sin hacer juicios. Es la capacidad de la enfermera para transmitir el deseo de comprender y ayudar; y

sensibilidad para detectar el estado afectivo del otro. Es un elemento fundamental en la relación con los enfermos.

En relación a la comunicación según Lorene Newberry, E (2006), señala:

Este es un componente muy importante del trabajo del profesional de enfermería. La enfermera debe evaluar desde el primer momento la capacidad del paciente de comprender lo que se le dice. Sin embargo, se debe tener presente que la comunicación es mucho más que palabras, no solo es lo que se dice sino como se dice. Una comunicación no verbal negativa puede tener un resultado nefasto en la relación entre el paciente y la enfermera. Al empezar a hablar con el paciente el lenguaje corporal de la enfermera debe transmitir aceptación y respeto (p. 18).

Se interpreta que la comunicación es un elemento vital que la enfermera debe considerar en su relación con el paciente para brindarle una adecuada atención, poniendo énfasis tanto en la comunicación verbal como no verbal, lo primordial para una comunicación eficaz es saber escuchar, mostrándole **confianza y respeto al** paciente en cada interacción ,ésta es esencial para el equilibrio del ser humano, para establecer vínculos con los demás ,llamando a los pacientes por su nombre, demostrándoles respeto y amabilidad, brindándole información en un ambiente cálido y en un tono de voz agradable. Una de las formas de darle a conocer al paciente que existe respeto en la relación interpersonal es cuando se cimienta en una relación de confianza, haciéndole saber su preocupación a los planteamientos expresados por éste, lo cual lo hará sentirse bien por la ayuda dada.

Igualmente es de suma importancia que durante la interrelación con el paciente, la enfermera esté atenta a la comunicación no verbal del enfermo, como los gestos, los suspiros, el llanto, entre otros que pueden ayudar a detectar los sentimientos del paciente. Asimismo, la enfermera al explicarle algún procedimiento al paciente, debe observar las señales que le indiquen

que el paciente lo ha comprendido, porque no debe presumir que porque fue dada la información también fue recibida y comprendida.

En este orden de ideas, De La Torre, I., Cobo, M., Mateo, T., y Vicente, L. (2008), señalan:

La relación enfermera-paciente es un factor de influencia elemental en la calidad del tratamiento del paciente con cáncer, pero este nunca podrá lograr el grado de perfección deseado sin una comunicación eficaz entre la enfermera y el paciente, a través de la cual la enfermera reciba del paciente la información como tal debe darle y ofrezca su persona como parte del tratamiento (p.151)

Es decir, la enfermera siempre debe estar abierta a escuchar al paciente con cáncer, conocer los sentimientos y temores que lo agobian sobre su enfermedad, su familia y la muerte; hacerle sentir que alguien se interesa por él y está dispuesta a colaborarle en la búsqueda de su bienestar.

Haciendo referencia a la **acogida**, es el primer encuentro que se desarrolla y conlleva a la puesta en práctica de todo el equipaje de valores humanos hacia el paciente, esto significa el momento del primer contacto con el paciente y su entorno utilizando un modo racional, una actitud y una conducta holística, empática y humana en el proceso de la aplicación de los cuidados; tratando de atender las necesidades alteradas, puesto que es el paciente el que recibe y acoge a la espera de que sea atendido. El profesional de enfermería, deberá recibir con un sentimiento o manifestación especial la aparición del paciente en el ámbito hospitalario, para así favorecer la relación terapéutica en forma positiva.

Dentro de este contexto, Cibanal, J. y Arce, M. (2009), en la relación enfermera paciente, con respecto a la **acogida**, manifiestan:

Entre las expresiones del rostro que muestran acogida, podemos señalar las siguientes: la sonrisa, que sea natural y auténtica, una tensión moderada en los músculos de las cejas, labios y párpados, y una mirada fija, pues mediante el lazo de la mirada, el paciente percibe que nos esforzamos para acercarnos a él psicológicamente. En la entrevista cara a cara, la mirada puede favorecer la relación, es un apoyo de la comunicación verbal, ya que la mirada puede expresar sentimientos como la tristeza, alegría, irritabilidad, entre otros sentimientos (p. 70).

En atención a lo anterior, la enfermera puede expresar su acogida en la atención al paciente, por medio de una sonrisa sincera y la mirada a los ojos cara a cara, que le permitirá al mismo tiempo percibir los sentimientos del paciente, y éste percibirá el acercamiento e interés de la enfermera por su situación de salud, sentimientos y emociones. De la misma manera, Alfaro-Lefevre, R. (1999), expresa:

La enfermera debe tener la capacidad y habilidad para establecer una relación de **confianza**, formular preguntas, escuchar y observar, es la clave para una relación enfermera-paciente positiva, y es esencial para conocer los hechos que rodean al paciente. Las personas que demandan cuidados de salud están en una posición extremadamente vulnerable, necesitan saber que están en buenas manos y que sus principales preocupaciones serán atendidas (p. 42).

Dentro de esta perspectiva, la relación de ayuda-confianza se encuentra dentro de la categoría apoyo emocional, percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente.

En efecto, en la continua interacción que tiene la enfermera con el paciente que recibe quimioterapia y su familia, debe ofrecer un trato basado en la empatía, comunicación efectiva y afectiva, confianza y respeto; es conveniente que en diferentes momentos dedique espacios para observar,

escuchar a la persona, lograr una mejor comprensión de sus necesidades y problemas y dar un cuidado más individualizado, humanizado, integral, con una participación real de la persona en las decisiones sobre su cuidado.

Promoción de la Enseñanza – Aprendizaje Interpersonal.

En el cuidado transpersonal, la promoción de la enseñanza – aprendizaje es considerada por Watson, J., citada por Neill, R. y Marriner Tomey, A. (2007) como un concepto importante para enfermería, dado a que separa el cuidado de la curación, y permite que :

El paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes se realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.”(P.150).

En el contexto de lo citado, subyacen acciones de cuidado transpersonal para la enseñanza del paciente con tratamiento quimioterápico antineoplásico en lo referido tanto a su autocuidado como al entendimiento del autoconcepto. El **autocuidado**, es un sistema de acción, así lo señala Orem, D. en su teoría déficit del autocuidado, descrita por Taylor, S. (2003) donde además enfatiza, “el autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada... continua... conforme con los requisitos reguladores de cada persona “(P.196). Además Orem, D., citada por Marriner Tomey, A y Raile Allegood, M, (2007) define el **autocuidado** como “ las acciones que hacen los individuos por su propio bien para mantener la vida, la salud, y el bienestar... las conductas de autocuidado que hacen las personas, son aprendidas e implican autorresponsabilidad” (P.166). Entre las acciones de autocuidado necesarias de enseñar a los y las pacientes que reciben tratamiento quimioterápico antineoplásico se encuentran las específicas para afrontar la alopecia como efecto colateral latente al

mencionado tratamiento, la prevención de infecciones como medidas de protección de vida, así como la motivación y cooperación en el aprendizaje de tales medidas de autocuidado, cuándo se trata de enseñar para generar salud mediante la educación, la vía del testimonio, abierto a la creatividad y al cambio que se produce en el diálogo, es la privilegiada. Ser buen educador ,en salud, como señala, Bermejo, J.C.(2002)” se convierte en ser buen compañero de aprendizaje – enfermera y paciente aprenden juntos, porque la verdad y la bondad se alumbran en el encuentro interpersonal y la persona se hace en la relación “ (P.17).

En efecto, todo profesional de la salud, en particular enfermería, debe reconocer la importancia de las conductas correctas en la prevención y promoción de la salud, la recuperación de la enfermedad y, sabe, además, qué muchos de esos procesos están en manos de los propios pacientes, sobre este particular enfatiza Bermejo, J.C. (op.cit) “cuando un médico pauta una cierta dieta, o indica un tratamiento específico cuando una enfermera explica al paciente o usuario cómo ha de cuidarse ,sabe que, en el fondo todo queda en manos de la conducta del otro.”(P.18). En el caso específico del paciente con cáncer que recibe tratamiento quimioterápico antineoplásico debe recibir orientación sobre los efectos secundarios del mencionado tratamiento sobre la piel y sus anejos, tal como lo explican Crespo Denche, A. y Guerra Tapia, A (2013) “Los efectos secundarios que experimenta el pelo, en especial los pelos terminales cabello, barba, cejas y pestañas, son quizá los más importantes, por su elevada morbilidad, por su presentación aguda y por la importante modificación de la imagen corporal que experimenta el paciente.” (P.21). Entre todos los efectos citados, el más importante en sin duda alguna la **alopecia**, esta en términos científicos es diferenciada en dos tipos exclusivamente para los pacientes oncológicos, la ocasionada por la quimioterapia , conocida como alopecia inducida por quimioterápico (CIA, por sus siglas en Inglés) por lo general transitoria, el

pelo se recupera después de finalizado el tratamiento, y la alopecia inducida por radioterapia (RIA, por sus siglas en inglés), en ocasiones de carácter permanente debido a la acción ejercida por la radioterapia en los folículos pilosos del cuero cabelludo. Antes del inicio del tratamiento con quimioterapia antineoplásica, el paciente debe recibir información específica mediante las técnicas de anticipación sobre las repercusiones físicas del mismo tales como cansancio, debilidad, náuseas y la temible caída del pelo, las precitadas Crespo Denche, A. y Guerra Tapia, A (op. Cit.) enfatizan “la información sobre el cuidado del cabello y la elección de la peluca son las actuaciones de importancia antes de iniciar el tratamiento” (P.23).

El **Autoconcepto**, en términos generales, se define como la imagen mental de uno mismo, un autoconcepto positivo es esencial para la salud mental y física de la persona. Las personas con un autoconcepto positivo son más capaces de resistir a la enfermedad psicológica y física. Kozier, B., Erb, G., Berman, A. y Snyder, S. (2005) mencionan “cuatro componentes del autoconcepto: la identidad personal, la imagen corporal, el desempeño del rol y la Autoestima” (P.1047). El diagnóstico y tratamiento del cáncer supone una alteración del **autoconcepto**, en los pacientes, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico, así lo señalan Sebastian, J., Manos, D., Bueno, M., y Mateo, N. (2007), los pacientes además de “enfrentar la enfermedad y sus tratamientos—y la amenaza que puede suponer para la vida—, tienen que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como como los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva” (P.139).

En el contexto de lo citado, se entiende que los pacientes en tratamiento con quimioterapia antineoplásica, requieren de los profesionales de enfermería, acciones de enseñanza fundamentadas en el cuidado humano, para fortalecer su **identidad personal**, explicándoles los cuidados los

cambios referidos al aspecto físico producto de la enfermedad y el tratamiento que recibe con la finalidad de fortalecer su bienestar, éste como dice Gómez Pérez, C. (2003) incluye “ la asimilación, aceptación y el acomodo físico y psicológico a un nuevo estado de salud y sus consecuencias”(P.31).La **autoestima** es otro elemento del autoconcepto, y está referida a una actitud, a un sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada a su vez en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo. Pangrazzi, A. (2000) señala que el enfermo tiene necesidad de ser tratado como persona y no como objeto de ciencia. La experiencia de sufrimiento y de salud le pertenece a él en la medida en que es capaz de ejercitar su dignidad y su protagonismo” (P.101).

En resumen la promoción de una enseñanza – aprendizaje interpersonal, es el factor de cuidado que más ayuda al paciente a ser participe activo en actividades del mantenimiento de su propia salud y a tomar las decisiones oportunas para recuperarla, mejorarla, mantenerla y a prepararse para determinados eventos en pos del bienestar, mediante la ejecución de medidas subyacentes a la educación en salud efectuada por los profesionales de la salud en particular por los profesionales de enfermería quienes mediante el establecimiento de una relación intersubjetiva con el paciente le ofrecen educación personalizada y dirigida en un proceso de retroalimentación enfermera-paciente.

Provisión de un Entorno de Apoyo - Protección

Sobre este factor, Watson, J. (1979) citada por Neil, R., (op. cit.), refiere que:

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente estables (p. 150).

Es decir, la enfermera debe saber reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. Esto indica que, desarrollando una relación de ayuda-confianza, la enfermera puede identificar los factores que pueden afectar al paciente hospitalizado, realizando cuidados de óptima calidad. Debido a que, los factores externos (medio ambiente que lo rodea) y los factores internos (mental y espiritual), influyen fuertemente en la salud y en la enfermedad, deben tomarse en cuenta éstos para proporcionarle al individuo apoyo y protección y que, de acuerdo a lo afectado es donde se enfocarán los mismos, estableciendo confianza y cuidados y ayudando a promover la expresión de los sentimientos positivos y negativos. A continuación se describen elementos del indicador provisión del entorno de apoyo – protección referida al **confort, seguridad, higiene y privacidad**.

El **confort**, es una provisión del entorno sentida por muchos pacientes, ellos esperan disfrutar de un ambiente acogedor. Cuando la enfermera ofrece medidas para la comodidad del paciente, él estará tranquilo consigo mismo y con el ambiente hospitalario. El paciente siempre busca en los profesionales de enfermería comprensión y apoyo, a fin de lograr cierto grado de confort.

Dentro de este contexto, Kolcaba, K. (1994) define la comodidad como:

La satisfacción de las necesidades del paciente que surgen de situaciones estresantes del estado de salud, para obtener un estado de alivio (satisfacción de la necesidad), tranquilidad y trascendencia (potencialización de las capacidades de la persona). Tomando en cuenta las dimensiones: 1) Físicas: Sensaciones corporales; 2) Psicoespiritual: Estar alerta sobre el ser, incluyendo la autoestima, significado de la vida y la relación con un ordenamiento del ser; 3). Social: Relaciones interpersonales, familiares y culturales, así como los aspectos económicos de la vida social (p. 1179).

En ese sentido, el confort se caracteriza por contextos generales que abarcan todos los aspectos de comodidad del paciente: físico, psico-

espiritual, y ambiental. Cada contexto es fundamental para la comodidad del paciente, por lo que las enfermeras deben ofrecer cuidados de confort que se adapten a las necesidades de cada paciente.

En este orden de ideas, la enfermera debe evaluar si las medidas de comodidad implementadas aumentan el confort de los pacientes. Estas medidas de confort en el caso del paciente que recibe tratamiento quimioterápico antineoplásico están relacionadas con ofrecerle comodidad antes de iniciar el tratamiento, ubicándolo en un sillón cómodo, ayudándolo a cambiar de posición, si es necesario, ofrecerle un ambiente fresco, eliminar ruidos, para ofrecerles tranquilidad, también es necesario facilitarles privacidad, y el acceso de la familia durante la administración del tratamiento enseñándoles como darles apoyo, cariño y cuidado emocional; todo lo cual facilita que el paciente y su familia sean engrandecidos o fortalecidos durante la situación de cuidado de la salud.

La Seguridad, es una de las necesidades básicas del ser humano; desde el nacimiento, es la seguridad considerada como una necesidad psicosocial, donde el individuo va a percibir internamente que está protegido, seguro y lleno de confianza. Según Kotcher Fuller, J (op. cit), “la seguridad es un sentimiento de bienestar y protección. Los pacientes confían en quienes los asisten cuando los miembros del equipo de salud, muestran interés mediante actos y comunicación” (p. 31). Es decir, el profesional de enfermería que asiste al paciente que recibe tratamiento quimioterápico antineoplásico le ofrece **seguridad** cuando atiende con prontitud su llamado, si siente ardor en el sitio de punción, si presenta dolor, si le ofrece medidas para calmar su estado de ansiedad durante la administración del tratamiento quimioterápico antineoplásico, mostrando siempre interés en la satisfacción de sus necesidades inmediatas. Las medidas de **higiene** también son necesarias aplicarlas para asegurarle al paciente un entorno

favorable de apoyo-protección durante la administración del tratamiento quimioterápico antineoplásico, es así como los profesionales de enfermería responsables de su cuidado deben utilizar apropiadamente las medidas de asepsia en el sitio de punción antes y después de administrar el tratamiento, realizando la cura con niveles óptimos de seguridad y explicándole al paciente como retirarse la misma al llegar a su hogar.

El paciente tiene derecho a su **privacidad** tanto física como social; una de las ofensas más comunes es invadir esa privacidad, lo que constituye una violación ética como legal. Sobre este tema, Kotcher, J (2007), indica que:

El objetivo de la regla de la privacidad es asegurar que la información sobre la salud del paciente esté protegida mientras busca y recibe atención al tiempo que se resguarda su privacidad. Esto promueve una atención de alta calidad y protege la salud y el bienestar del paciente. Los medios de identificación que se usan en la atención sanitaria también deben protegerse como el nombre, fecha de nacimiento, número de teléfono, dirección, entre otros (p. 45)

Se entiende como privacidad del paciente, el derecho que éste tiene de que se le resguarde por parte del personal de salud la información sobre su salud y datos personales, es decir que solo sean tratados para discutir su caso en el lugar adecuado. Además en lo particular del paciente que recibe tratamiento quimioterápico antineoplásico su privacidad debe ser cuidada durante la administración del tratamiento colocando parabanos entre los sillones de otros pacientes.

Tal como se ha visto, el objetivo del cuidado es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, autocontrol y autocuración, para restablecer su armonía, independientemente de las circunstancias externas

2.3.- Sistema de variables

La variables seleccionada para el estudio **Cuidado Humano de Enfermería en pacientes con tratamiento quimioterápico antineoplásico**, se define conceptual y operacionalmente a continuación.

Definición Conceptual.

Cuidar, ideal moral de la enfermería, cuyo compromiso es proteger y realzar la dignidad humana. La enfermería como profesión tiene una doble responsabilidad ética y social de Ser Cuidadora del cuidado y de las necesidades sociales de cuidado humano,...dentro de una experiencia transpersonal que permita la apertura y desarrollo de las capacidades humanas, implica valores, deseos y compromiso de cuidado(Watson,J.2008 P.18-19)

Definición Operacional.

Interacción terapéutica basada en el cuidado transpersonal como planteamiento filosófico enfocado por Jean Watson en su teoría Filosofía y Ciencia del cuidado; y, facilita a los profesionales de enfermería dar cuidado al paciente en tratamiento quimioterápico, cuando acude a la unidad especializada del Instituto Oncológico” Dr. Miguel Pérez Carreño “de Bárbula, Municipio Naguanagua. Edo. Carabobo.

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

Variable: Cuidado humano de enfermería al paciente en tratamiento quimioterápico antineoplásico

Está referido a la interacción terapéutica basada en la enfermería transpersonal como planteamiento filosófico que enfoca Jean Watson en su teoría, filosofía y ciencia de cuidado y facilita a los profesionales de Enfermería dar cuidado humano al paciente con tratamiento quimioterápico antineoplásico en la Unidad Especializada del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Municipio Naguanagua, Estado Carabobo

Dimensiones	Indicadores	Sub-indicadores	items
<p>Enfermería transpersonal</p> <p>Es la relación de cuidado establecida por el profesional de enfermería con el paciente en tratamiento quimioterápico, basado en valores humanísticos, Inculcación de la Fe-Esperanza, desarrollo de la Relación de Ayuda-Confianza, Promoción de la Enseñanza-Aprendizaje y Provisión de un Entorno de Apoyo-Protección, durante las horas de tratamiento en la Unidad de Quimioterapia.</p>	<p>Valores humanísticos Es la respuesta dada por el paciente a las interrogantes sobre el cuidado humano recibido de los profesionales de Enfermería mediados por la:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Bondad 1,2 ☞ Solidaridad 3,4 ☞ Paciencia 5,6 ☞ Sinceridad 7,8 	
	<p>Inculcación de la Fe – Esperanza Es la respuesta dada por el paciente a las interrogantes sobre el cuidado humano recibido de los profesionales de Enfermería mediados por el/la:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Bienestar 9,10 ☞ Fe 11,12 ☞ Esperanza 13,14 	
	<p>Desarrollo de una relación de Ayuda – Confianza Es la respuesta dada por el paciente a las interrogantes sobre el cuidado humano recibido de los profesionales de Enfermería mediados por la/el.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Empatía 15,16 ☞ Acogida 17,18 ☞ Confianza 19,20 ☞ Respeto 21,22 	
	<p>Promoción de la Enseñanza – Aprendizaje Es la respuesta dada por el paciente a las interrogantes sobre el cuidado humano recibido de los profesionales de Enfermería mediados por el:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Autocuidado 23,24,25 ☞ Autoconcepto 26,27,28 	
	<p>Provisión de un Entorno de Apoyo – Protección Es la respuesta dada por el paciente a las interrogantes sobre el cuidado humano recibido de los profesionales de Enfermería mediados por el/la:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Confort 29,30,31 ☞ Seguridad 32,33,34 ☞ Higiene 35,36,37 ☞ Privacidad. 38,39 	

Definición de términos

Cuidado transpersonal: son cuidados holísticos, que fomentan el humanismo, la salud y la calidad de vida.

Esperanza: de que otro crezca a través del cuidado. Es una expresión de plenitud presente, un presente vivo con sensación de posibilidades.

Fe: conjunto de creencias de un grupo de personas, confianza, seguridad, aseveración de que una cosa es cierta.

Fenomenológico: toda apariencia o manifestación, tanto del orden material como espiritual. Estudia los fenómenos, tal como ocurren de manera fiel, como son percibidos por el hombre; permite el estudio de los hechos, desde el marco de referencia interno del sujeto que los vive y los experimenta.

Holístico: deriva del término griego holos, que significa todo; el holismo es una filosofía que motiva el tratamiento del organismo como un todo (una unidad), más que como partes individuales.

Relaciones humanas: en el lenguaje corriente hace referencia a las vinculaciones o relaciones entre individuos, sobre la base de la mutua comprensión.

Satisfacción: es el estado máximo del funcionamiento o alto nivel de bienestar alcanzado por el individuo.

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

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo hace referencia al diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, método e instrumento de recolección de datos, confiabilidad, procedimiento de recolección de datos y las técnicas de análisis.

3.1.-Diseño de Investigación

Según Arias, F. (2006) “El diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado (p. 26). La presente investigación está enmarcada en un diseño no experimental, contemporáneo, de campo, al respecto, Ortiz Uribe, F. (2004), refiere, que “la investigación no experimental es aquella en la que no se hacen variar intencionalmente las variables independientes. Se observan fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural, se obtienen datos y después éstos se analizan” (p. 94), en consecuencia, en el presente estudio se busca determinar el cuidado humano de enfermería ofrecido al paciente que recibe tratamiento quimioterápico antineoplásico en el Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño. Municipio Naguanagua. En relación al diseño de campo, Tamayo y Tamayo, M. (2008), lo definen como:

Aquella en la que, los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominamos primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas respecto a su calidad. Generalmente, garantiza un mayor nivel de confianza para el conjunto de la información obtenida (p.110).

El presente estudio, se adecua a los propósitos de la investigación de campo, donde se define un conjunto de variables que no fueron manipuladas,

cuyos datos fueron recogidos directamente de la realidad, es decir de fuentes primarias.

3.2.-Tipo de Estudio

Existen muchos tipos y modelos de investigación, esta investigación se considera de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo, porque se está trabajando con el análisis de las variables Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, la investigación se ubica en un estudio de tipo retrospectivo, este en palabras de Pineda, E.; y, L. de Alvarado, E. (2008) son aquellos en los que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado;...” (p. 81). En este estudio se obtendrá información de los pacientes que tienen varios meses recibiendo tratamiento quimioterápico antineoplásico sobre su percepción del cuidado humano de enfermería. Según el período y la secuencia del estudio, esta investigación es transversal, definida por Pineda, E.; y, L. de Alvarado, E. (op. cit), en los términos siguientes “es cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento...” (p. 81). Es decir que la recolección de los datos se hará en un espacio de tiempo específico, sin que dicho tiempo afecte la variable en estudio.

En lo referido al análisis y alcance de los resultados, el estudio es de tipo descriptivo, Hurtado., J. (2008), define la investigación descriptiva de la siguiente forma:

Es aquella que tiene como objetivo la descripción precisa del evento de estudio, este tipo de investigación se asocia al diagnóstico de estudio. Su propósito es exponer el evento estudiado, describiendo algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento (p. 101).

Los estudios descriptivos buscan desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Souza (2007), citada por Pineda; E. y L de Alvarado, E. (op.cit) sobre los estudios descriptivos entiza “Usualmente se caracteriza el fenómeno de estudio para un determinado tiempo y se utiliza cuando se conoce poco sobre un fenómeno particular”. (p.82). El cuidado humano de enfermería enfocado en la teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado de Jean Watson, ha sido poco estudiado en el contexto venezolano

3.3.-Población

Para Hurtado. J. (2008), una población es “el conjunto de seres que poseen la característica o evento a estudiar y que se enmarcan dentro de los criterios de inclusión.” (p. 140). Cuando la población tiene un número limitado con acceso a la investigación se le llama población finita, su número está demarcado y es cuantificable.

En esta investigación la población quedó conformada por doscientos cincuenta (250) pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Quimioterapia del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo.

3.4.-Muestra

La muestra, según Balestrini, M. (2001), “es en esencia un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido como población” (p. 141). En esta investigación la muestra quedó conformada por el 25% de la población, es decir, sesenta (60) pacientes que reciben tratamiento quimioterápico antineoplásico en la Unidad de Quimioterapia del Instituto Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. Dicha muestra fue seleccionada siguiendo los criterios del muestreo probabilístico

aleatorio simple definido por Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003) como “subgrupo de la población en el que todos los elementos de ésta tienen la misma posibilidad de ser elegidos” (p. 305).

3.5.-Métodos e Instrumentos de Recolección de los Datos

Para obtener la información necesaria, es imprescindible definir con precisión los métodos e instrumentos de recolección de datos que se pretenden utilizar en la situación a estudiar, para su posterior análisis; con el fin de lograr alcanzar satisfacer las necesidades del objeto de estudio.

El método es definido por Polit, D. y Hungler, B. (op.cit.) como “los pasos, procedimientos y estrategias de colecta y análisis de los datos de una investigación” (p. 673), entre los métodos se mencionan la encuesta y la observación. Para efectos de esta investigación se utilizó como método de recolección de los datos la encuesta, la cual es definida por Arias, F. (op cit), como “una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema en particular (p. 72).

Para la recolección de la información necesaria se utilizó el método de la encuesta en su modalidad cuestionario, Según Arias, F. (op cit), el cuestionario es “la modalidad de encuesta que se realiza en forma escrita mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas” (p. 74), para los efectos de la investigación se construyó un cuestionario estructurado en dos partes: la primera dirigida a recabar datos demográficos, y la segunda parte cuestionario propiamente dicho construido en base al Nyberg Caring Assessment (NCA) de Jean Watson conformado por treinta y nueve (39) ítems en escala Lickert de cinco (5) puntos: Siempre, Casi-Siempre, Indeciso, Casi-Nunca, Nunca, dirigido a los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Quimioterapia del Instituto

Oncológico “Dr. Miguel Pérez Carreño” Municipio Naguanagua, Estado Carabobo.

Validez

La validez se basa en la aprobación del contenido del instrumento que se aplica para la recolección de los datos, según Hurtado. I., y Toro. J. (2000), se refiere “al grado en que un instrumento mide lo que pretende medir, mide todo lo que el investigador quiere medir y se mide sólo lo que se quiere medir” (p. 433). La validez del instrumento se determinó través del juicio de expertos en metodología y oncología, y para ello se les presentó conjuntamente con la carta de solicitud de validación, los objetivos de la investigación, el cuadro de la operacionalización de las variables, el modelo del cuestionario y el formato de validación; quienes evaluaron el instrumento y verificaron que tanto su diseño como contenido, son adecuados y cumplen con los objetivos de la investigación.

Confiabilidad

Una vez cumplida la validación del cuestionario y hechas las correcciones sugeridas por los expertos estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, del mismo mediante el análisis de: las dimensiones, indicadores y el rango de estabilidad del cuestionario en su aplicación.

Dentro de esta perspectiva Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (op.cit)., 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 (10) pacientes representantes de la población en condiciones similares que 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. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

A fin de calcular el coeficiente de confiabilidad al cuestionario se utilizó el índice alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

α = Coeficiente de confiabilidad

K = número de Ítems

$\sum St^2$ = Varianza del instrumento

St^2 = varianza de la suma de los Ítems.

Los resultados se interpretaron de acuerdo con la siguiente escala de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1998).

Sustituyendo en el cuestionario aplicado con el fin de determinar cuidado humanizado de enfermería:

$$\alpha = \frac{39}{39-1} \left(1 - \frac{5.56}{155.86} \right)$$
$$\alpha = 1.03 * (1 - 0.095)$$
$$\alpha = 0.95$$

Comparando el valor obtenido 0.95 con los reflejados en la escala presentada por Pérez Galán (1998), refleja una confiabilidad “Alta”. Según Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1999), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de estas estimaciones son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos.

3.6.-Procedimiento para la recolección de datos

En primer lugar, se solicitó a las autoridades de la institución la debida autorización para realizar la investigación en dicho centro.informandoles por escrito los objetivos de la misma.

Posteriormente, se realizó reunión con los coordinadores de enfermería de la unidad de quimioterapia para explicarles los objetivos de la investigación y solicitarles el permiso para interactuar con los pacientes antes de iniciar el tratamiento, en los días correspondientes al mismo, explicarles los objetivos de la investigación y solicitarles su consentimiento informado.

Luego se procedió a aplicar los instrumentos a dicha muestra, agradeciéndole a cada uno en particular su participación en el estudio.

3.7.-Técnicas de análisis

Arias, F. (op cit), señala que “la técnica de procesamiento y análisis de datos es donde se describen las distintas operaciones a las que están sometidos los datos que se obtengan; clasificación, registro, tabulación, y codificación si fuese el caso” (p.44).

Para el análisis de los datos se aplicó el siguiente procedimiento: se elaboró matriz de doble entrada para resumir los datos y facilitar su inclusión en el programa computarizado SSPS, v.7 que permitió mediante la estadística descriptiva frecuencia y porcentaje, analizar la información recolectada y tabulada, construir los cuadros estadísticos y gráficos correspondientes a los datos mostrados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se hace referencia a los resultados del estudio. En un primer momento se presentan los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, posteriormente se hace un análisis cualitativo en función de los objetivos formulados.

Presentación de los Resultados

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del cuestionario se realizó de forma porcentual, se elaboraron tablas y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además las dimensiones e indicadores, previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los ítems; posteriormente se relacionó la información con el basamento teórico que sustenta la investigación. Esta relación se hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

CUADRO Nº 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	46,7
Femenino	32	53,3
TOTALES	60	100,0

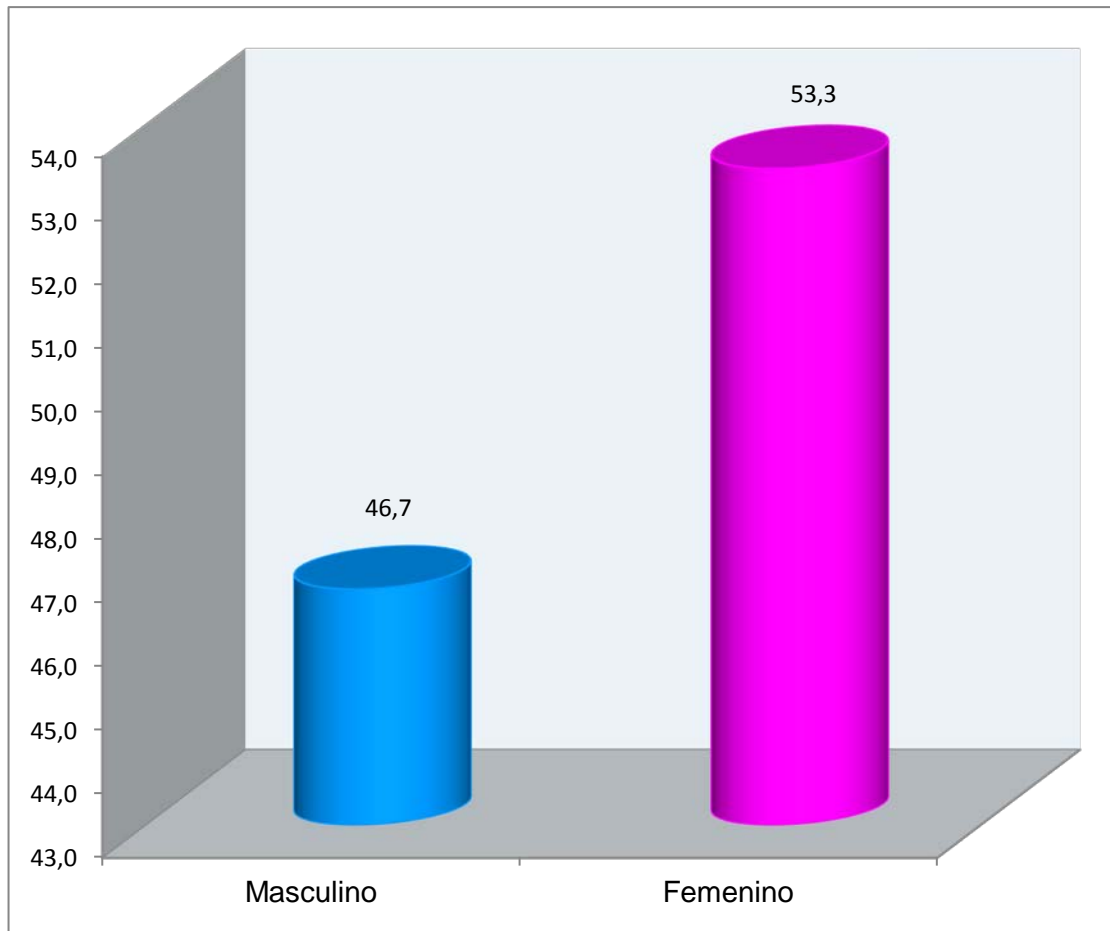
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 1

Los datos referidos al Sexo, evidencian que del total de encuestados(as), 53,3% son de sexo **Femenino** y 46,7% de sexo **Masculino**.

GRÁFICO N° 1

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL SEXO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO Nº 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO
ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". MUNICIPIO
NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
20 a 29 años	13	21,7
30 a 39	10	16,7
40 a 49	12	20,0
50 a 59	13	21,7
60 a 69	12	20,0
TOTALES	60	100,0

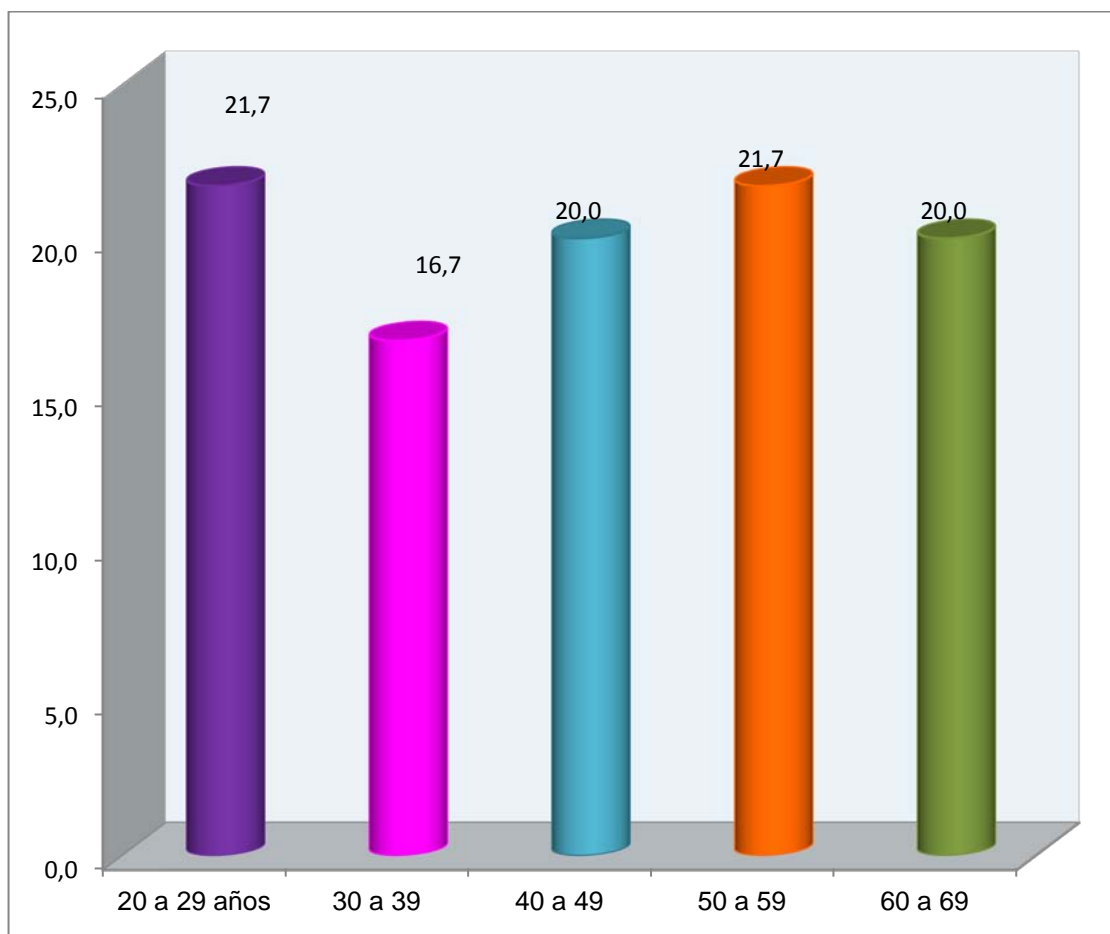
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

Los referentes a la edad del elemento muestral, determinan que 21,7% dicen tener entre 20 a 29 años y el mismo porcentaje (21,7%) dicen que entre 50 a 59 años; luego aparece el 20% de quienes dicen tener entre 40 a 49 años e igual porcentaje se ubicó entre 60 a 69 años; y por último el 16,7% de quienes tienen entre 30 a 39 años respectivamente.

GRÁFICO N° 2

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DEL
ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO
ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO
NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 2.

CUADRO Nº 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”.
MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

Nivel instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	12	20,0
Secundaria	14	23,3
TSU	13	21,7
Universitaria	21	35,0
TOTALES	60	100,0

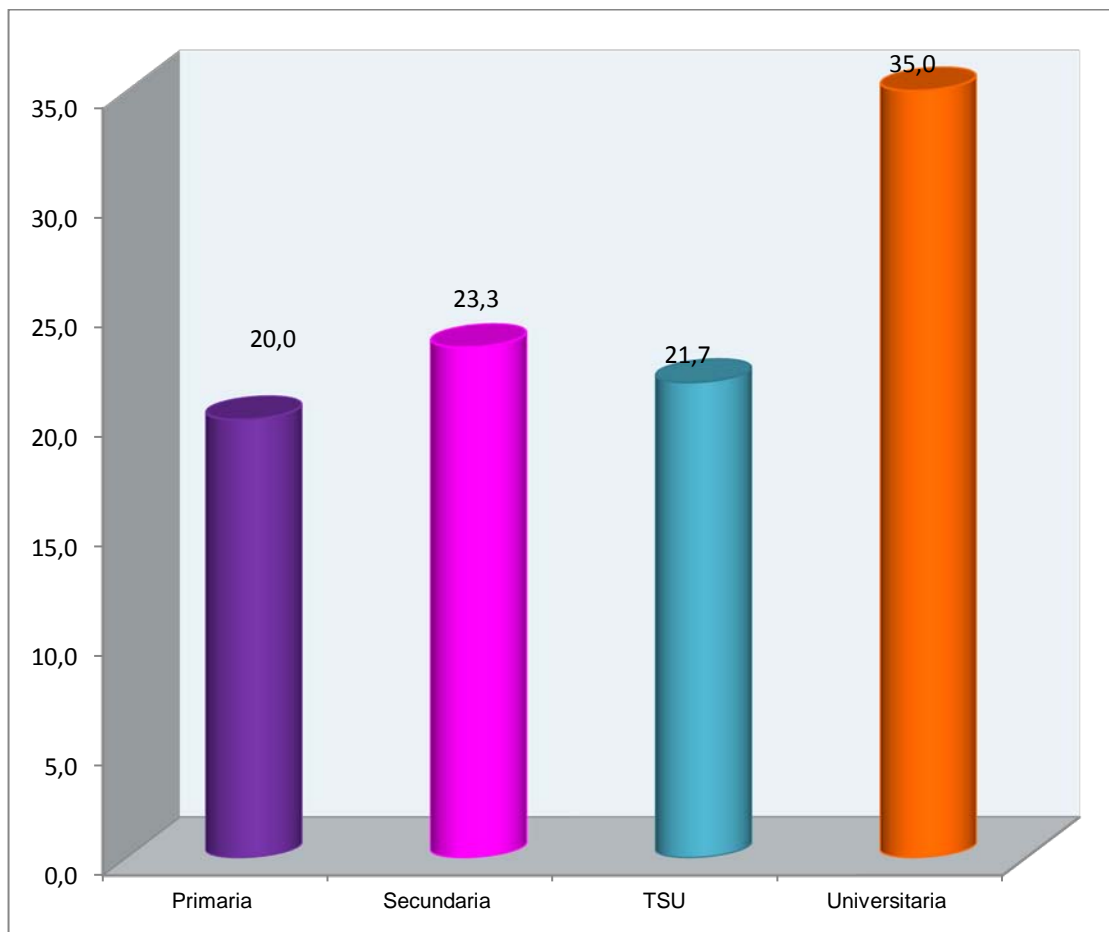
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 3

Los resultados correspondientes al nivel de instrucción del elemento muestral, evidencian que el 35% son universitarios(as); seguido por el 23,3% de quienes dicen tener el nivel secundaria; luego aparece el 21,7% de quienes son TSU y el 20% tienen instrucción primaria.

GRÁFICO N° 3

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 3.

CUADRO Nº 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”.
MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

Tiempo tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
0 a 5 meses	16	26,7
6 a 10 meses	14	23,3
11 a 15 meses	20	33,3
Otro	10	16,7
TOTALES	60	100,0

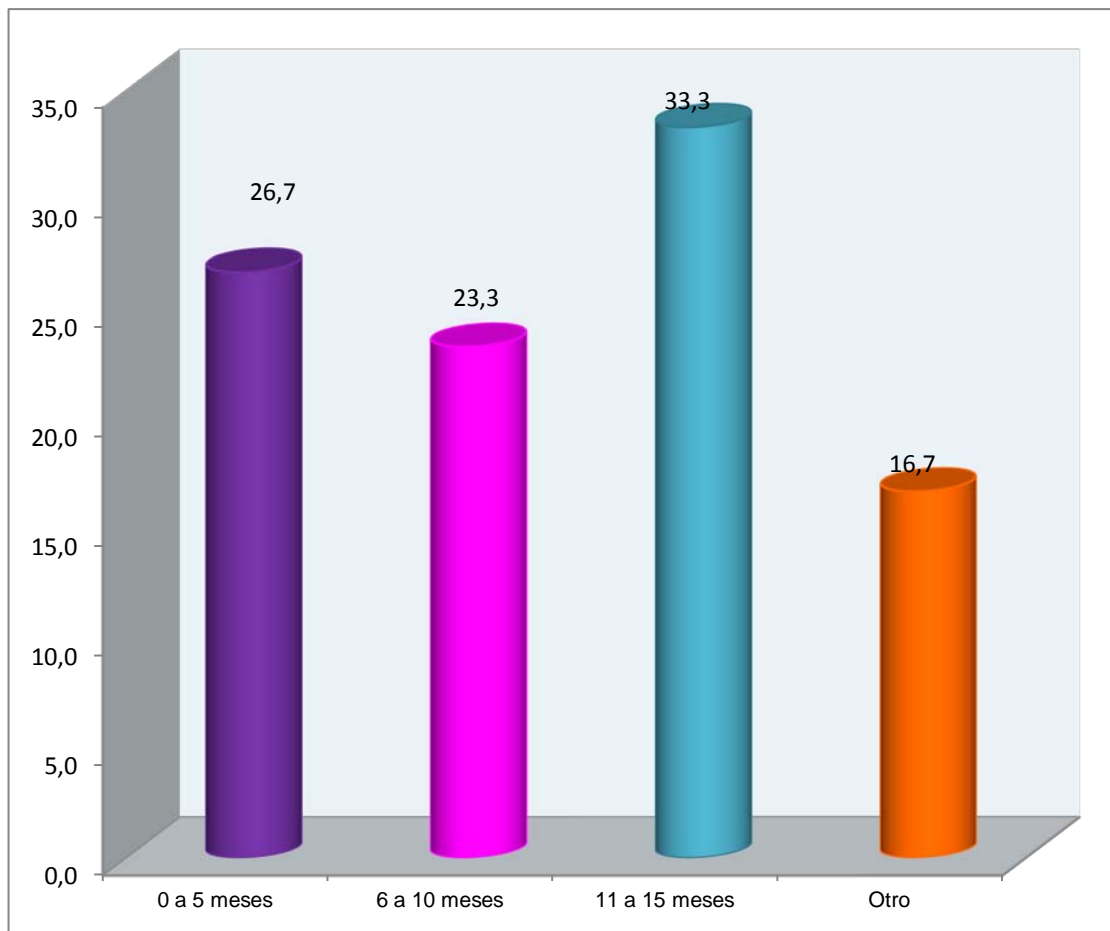
Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 4

Los resultados correspondientes al tiempo de tratamiento determinan que el 33,3% dicen tener 11 a 15 meses de tratamiento; seguido por el 26,7% de quienes dicen tener 0 a 5 meses de tratamiento; luego aparece el 23,3% de 6 a 10 meses y el 16,7% indicó otro.

GRÁFICO N° 4

DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ELEMENTO MUESTRAL. UNIDAD ESPECIALIZADA DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 4.

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. VALORES HUMANÍSTICOS
RECIBIDOS POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD
ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ
CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Indeciso		Casi nunca		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bondad	8	13,3	38	63,3	2	3,3	9	15,0	3	5,0	60	100,0
Solidaridad	10	16,7	29	48,3	6	10,0	12	20,0	4	6,7	60	100,0
Paciencia	13	21,7	34	56,7	2	3,3	9	15,0	2	3,3	60	100,0
Sinceridad	7	11,7	23	38,3	6	10,0	20	33,3	5	8,3	60	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 5

Los resultados para el **subindicador BONDAD**, determinan que el 63,3% de los encuestados dicen que la enfermera **casi siempre** se muestra bondadosa y amable cuando le administra el tratamiento; el 15% dicen casi nunca; para el 13,3% siempre y el 3,3% estuvo indeciso.

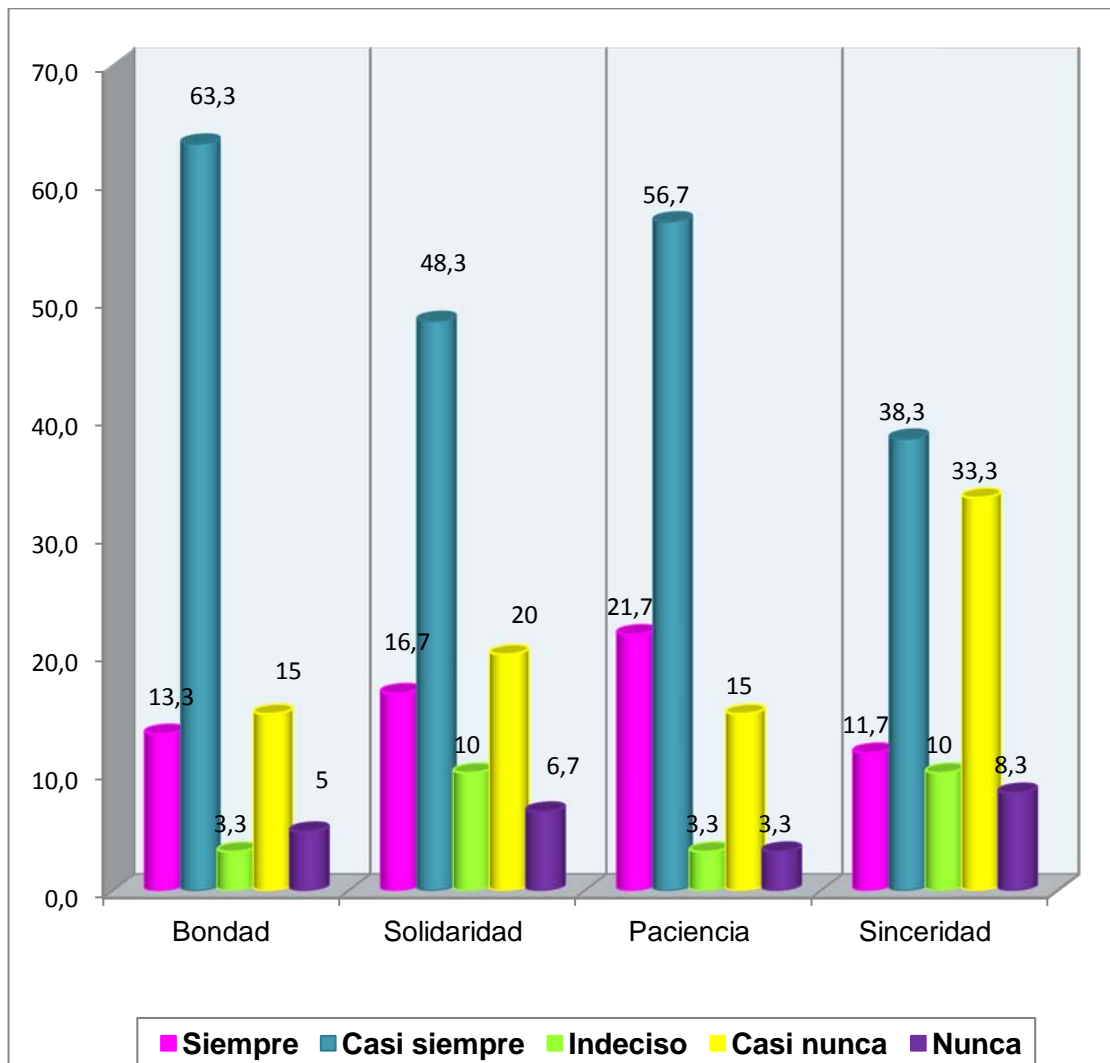
En el **subindicador solidaridad**, el 48,3% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** se muestra solidaria y comprometida con su cuidado durante la administración del tratamiento; el 20% opinan casi nunca; para el 16,7% siempre y el 10% se mostró indeciso.

Referente a los resultados en el **subindicador paciencia**, el 56,7% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** le motiva a tener paciencia durante sus encuentros en la unidad y al explicarle anticipadamente el procedimiento a realizar; para el 21,7% siempre; el 15% indicó casi nunca y 3,3% estuvo indeciso.

En el **subindicador sinceridad**; del total de consultados, el 38,3% opinan que la enfermera **casi siempre** es clara en sus ideas al comunicarse y le ofrece un cuidado amoroso y sincero durante el tratamiento; para el 33,3% casi nunca; el 11,7% indicó siempre y 10% estuvo indeciso.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. VALORES HUMANÍSTICOS RECIBIDOS POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. INCULCACIÓN DE LA FE
ESPERANZA RECIBIDA POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD
ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ
CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Indeciso		Casi nunca		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bienestar	7	11,7	32	53,3	4	6,7	14	23,3	3	5,0	60	100,0
Fe	12	20,0	40	66,7	2	3,3	6	10,0	1	1,7	60	100,0
Esperanza	9	15,0	27	45,0	4	6,7	16	26,7	4	6,7	60	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 6

Los resultados en el **subindicador bienestar** indican que el 53,3% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** promueve su bienestar emocional y espiritual al administrarle el tratamiento; el 23,3% indicó que casi nunca; el 11,7% dicen que siempre; 6,7% estuvo indeciso y 5% señaló nunca.

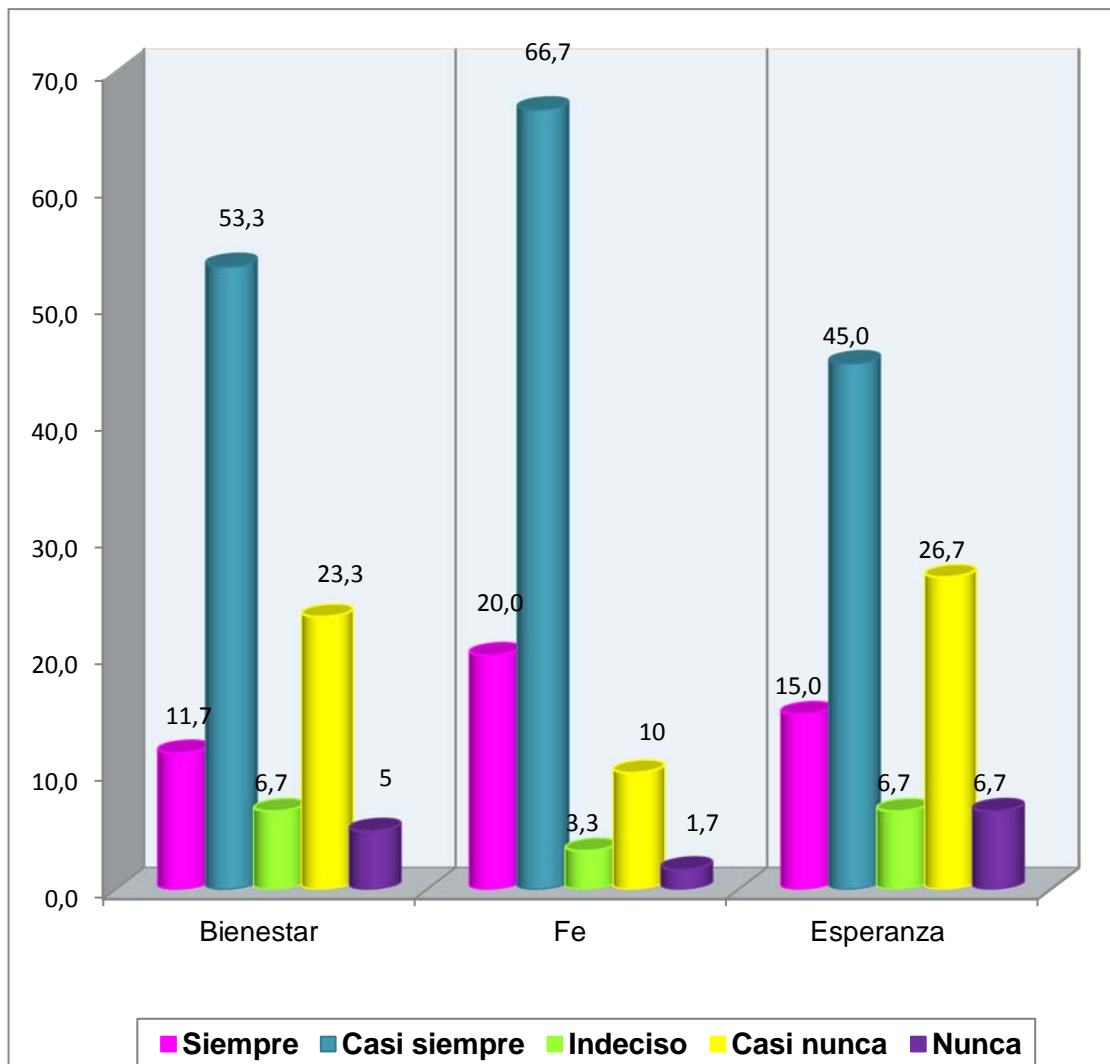
Con respecto a los resultados en el **subindicador Fe**, el 66,7% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** le fortalece su fuerza espiritual al administrarle el tratamiento y le anima a superar sus temores al

informarle posibles reacciones al mismo; el 20% dicen siempre; para el 10% casi nunca; 3,3% indeciso y 1,7% dicen que nunca.

En el **subindicador esperanza**, los resultados delatan que el 45% de los encuestados dicen que la enfermera **casi siempre** le transmite esperanza al hablar sobre su enfermedad y al animarlo a cumplir el tratamiento; en tanto que 26,7% dicen casi nunca; para el 15% siempre; 6,7% dividió su opinión entre los que opinan nunca y los indecisos.

GRÁFICO N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. INCULCACIÓN DE LA FE
ESPERANZA RECIBIDO POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD
ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. MIGUEL PÉREZ
CARREÑO". MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 6.

CUADRO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. DESARROLLO DE LA RELACIÓN DE AYUDA-CONFIANZA RECIBIDO POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Indeciso		Casi nunca		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Empatía	8	13,3	24	40,0	7	11,7	16	26,7	5	8,3	60	100,0
Acogida	9	15,0	28	46,7	4	6,7	18	30,0	1	1,7	60	100,0
Confianza	14	23,3	34	56,7	1	1,7	10	16,7	1	1,7	60	100,0
Respeto	14	23,3	44	73,3	1	1,7	1	1,7	0	0,0	60	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 7

Los resultados en el **subindicador empatía**, determinan que el 40% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** comprende sus sentimientos sobre la enfermedad y le estimula a deponer sentimientos negativos sobre la misma; el 26,7% señalaron casi nunca; para el 13,3% siempre; 11,7% estuvo indeciso y 8,3% dijeron que nunca.

El **subindicador acogida** reportó que el 46,7% de los consultados opinan que la enfermera **casi siempre** se muestra cariñosa al informarle

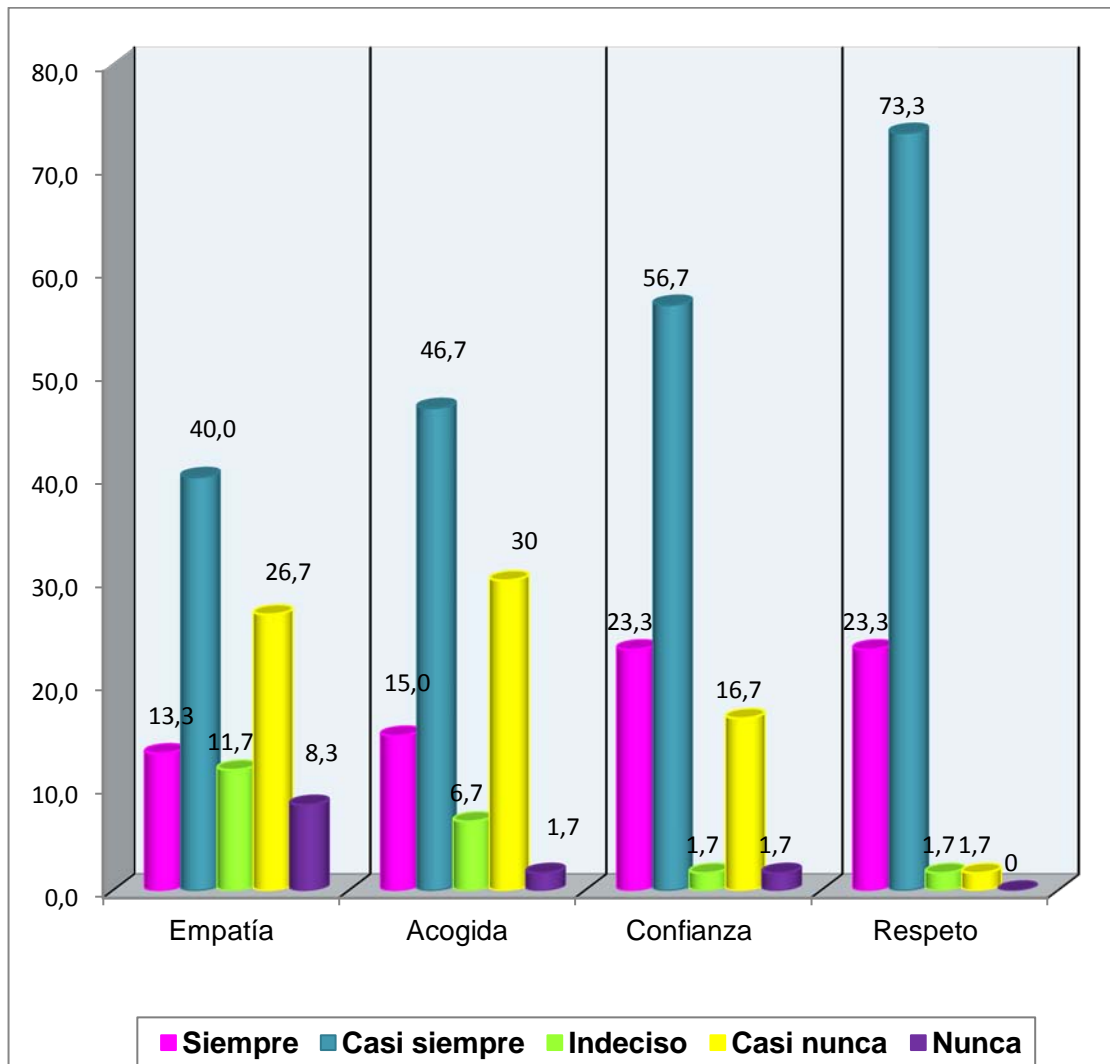
sobre el tratamiento y sonrío de forma natural y auténtica al recibirlo en la unidad; el 30% indicó casi nunca; 15% dijo que siempre; 6,7% indeciso y 1,7% señaló que nunca.

Los resultados en el **subindicador confianza**, evidenciaron que el 56,7% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** lo trata con confianza al ofrecerle los cuidados y le demuestra confianza al administrarle el tratamiento; el 23,3% dijo que siempre; para el 16,7% casi nunca; el 1,7% dividió su opinión entre los indecisos y los que dijeron que nunca.

Referente a los resultados en el **subindicador respeto**, se pudo conocer que el 73,3% de los encuestados indican que la enfermera **casi siempre** lo trata con respeto al llamarlo por su nombre y al administrarle el tratamiento; el 23,3% indicó siempre y el 1,7% dividió su opinión entre los indecisos y los que señalaron que casi nunca.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. DESARROLLO DE LA RELACIÓN DE AYUDA-CONFIANZA RECIBIDO POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 7.

CUADRO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. PROMOCIÓN DE LA
ENSEÑANZA – APRENDIZAJE RECIBIDO POR EL PACIENTE
QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO
“DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA,
ESTADO CARABOBO

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Indeciso		Casi nunca		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Autocuidado	4	6,7	18	30,0	2	3,3	23	38,3	13	21,7	60	100,0
Autoconcepto	11	18,3	19	31,7	3	5,0	17	28,3	10	16,7	60	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 8

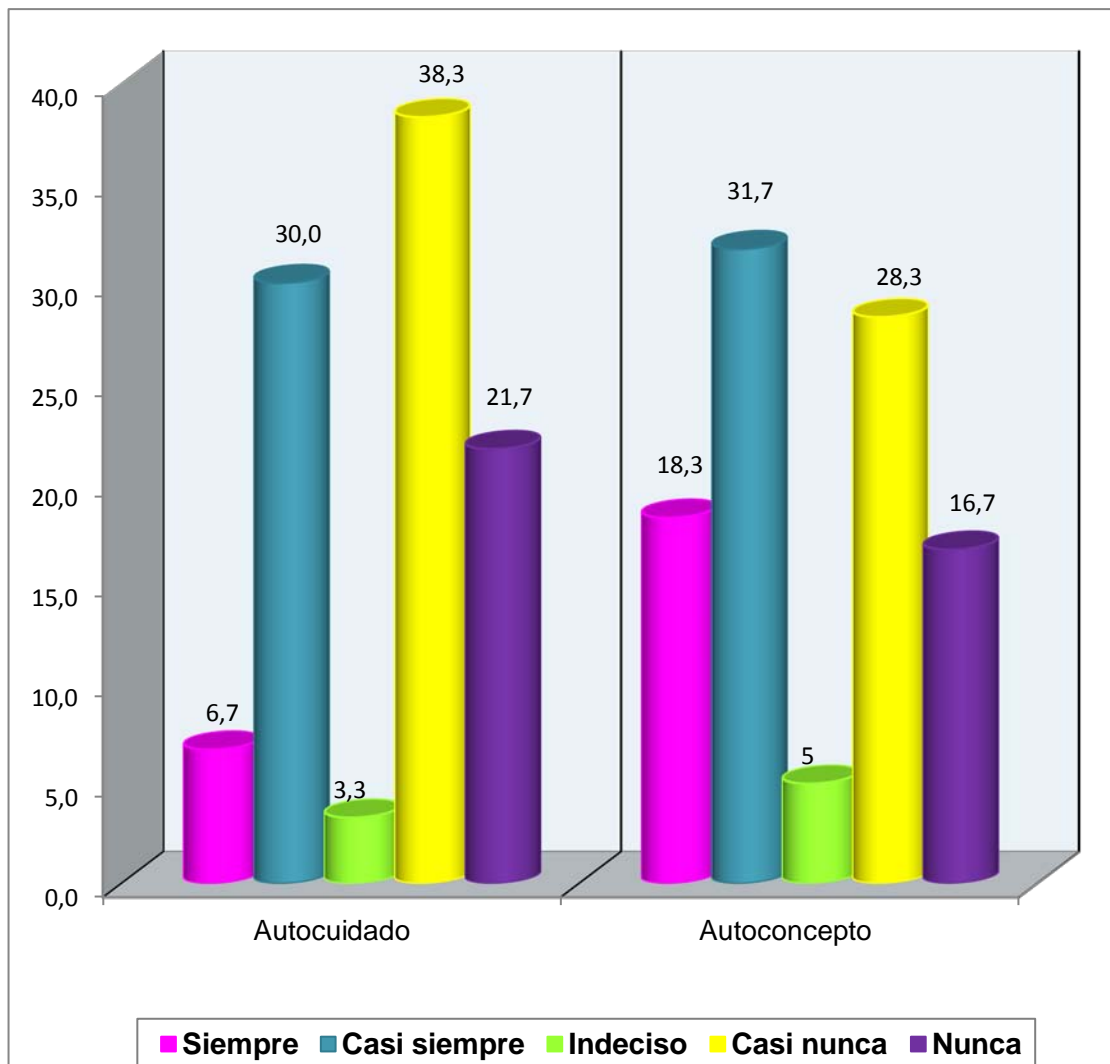
Los resultados en el **subindicador autocuidado**, determinan que el 38,3% de los consultados dicen que la enfermera **casi nunca** le indica cómo cuidarse el cabello para disminuir la caída; casi nunca le enseña medidas de prevención de infecciones para proteger su vida y casi nunca motiva su cooperación en el aprendizaje de medidas de autocuidado; en tanto que 30% dijo casi siempre; el 21,7% dijo que nunca; el 6,7% señaló siempre y 3,3% estuvo indeciso.

En el **subindicador autoconcepto**, del total de encuestados, el 28,3% dicen que la enfermera **casi siempre** fortalece su identidad personal explicándole cuidados específicos para su enfermedad; casi siempre

fortalece su autoestima motivándole a cumplir los ciclos de tratamiento indicado y casi siempre disminuye su ansiedad sobre la pérdida del cabello, explicándole medidas para mejorar su imagen; mientras que 28,3% dijo que casi nunca; el 18,3% indicó que siempre; el 16,7% dijo que nunca y 5% estuvo indeciso.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. PROMOCIÓN DE LA ENSEÑANZA – APRENDIZAJE RECIBIDO POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 8.

CUADRO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. PROVISIÓN DE ENTORNO DE APOYO PROTECCIÓN RECIBIDO POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO.

UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL

PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA,

ESTADO CARABOBO

Subindicadores	Siempre		Casi siempre		Indeciso		Casi nunca		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Confort	9	15,0	35	58,3	3	5,0	11	18,3	2	3,3	60	100,0
Seguridad	19	31,7	34	56,7	1	1,7	4	6,7	2	3,3	60	100,0
Higiene	27	45,0	20	33,3	1	1,7	5	8,3	7	11,7	60	100,0
Privacidad	8	13,3	14	23,3	4	6,7	10	16,7	24	40,0	60	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 9

Los resultados en el **subindicador confort**, determinan que el 58,3% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** le ofrece comodidad antes de iniciar el tratamiento, al ubicarlo en el sillón donde recibirá el tratamiento; y ayudándolo a cambiar de posición si es necesario; para el 18,3% casi nunca; el 15% indicó que siempre; el 5% estuvo indeciso y 3,3% señaló que nunca.

En el **subindicador seguridad**, el 56,7% de los consultados dicen que la enfermera **casi siempre** atiende con prontitud su llamado si siente ardor

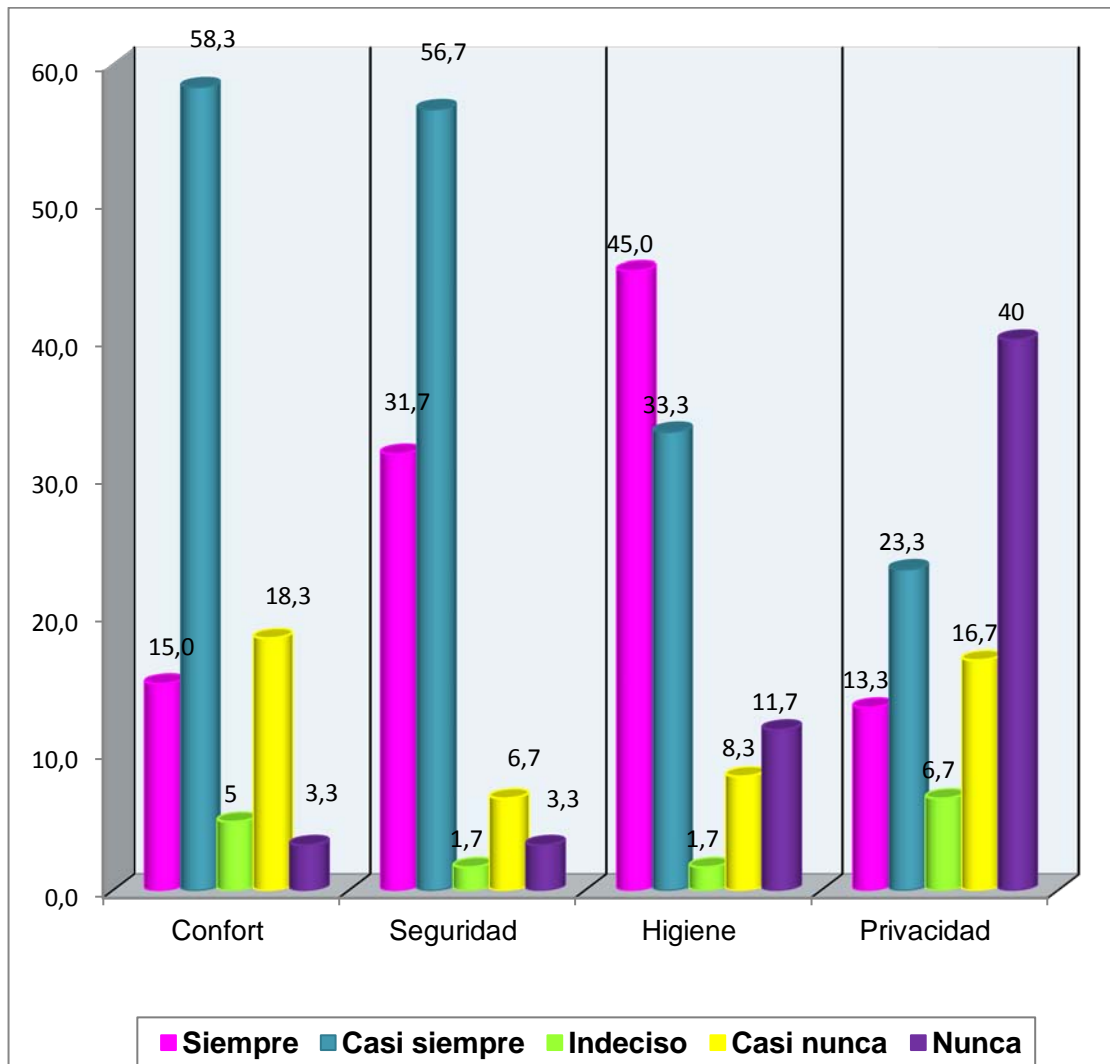
en el sitio de punción, atiende su llamado si presenta dolor y le ofrece medidas para calmar su ansiedad durante la administración del tratamiento; el 31,7% dicen que siempre; 6,7% indicó casi nunca; el 3,3% dijo que nunca y 1,7% estuvo indeciso.

En el **subindicador higiene**, el 45% de los consultados dicen que la enfermera **siempre** le realiza la asepsia en el sitio de punción al finalizar el tratamiento; le cubre el sitio de punción con gasa estéril después de realizar la asepsia y le explica cómo retirarse la cura del sitio de punción al llegar a su hogar; el 33,3% dijo casi siempre; para el 11,7% nunca; el 8,3% indicó casi nunca y 1,7% indeciso.

En el **subindicador privacidad**, el 40% de los consultados dicen que la enfermera **nunca** cuida su privacidad durante la administración del tratamiento y tampoco coloca paraban entre los sillones; el 23,3% dijo casi siempre; para el 16,7% casi nunca; el 13,3% dijo siempre y 6,7% estuvo indeciso.

GRÁFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS. PROVISIÓN DE ENTORNO DE APOYO PROTECCIÓN RECIBIDO POR EL PACIENTE QUIMIOTERÁPICO. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro N° 9.

CUADRO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS PARA LA VARIABLE CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO. DIMENSIÓN: ENFERMERÍA TRANSPERSONAL. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO

Indicadores	Siempre		Casi siempre		Indeciso		Casi nunca		Nunca		Totales	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Valores humanísticos	10	16,7	31	51,7	4	6,7	13	21,7	2	3,3	60	100,0
Inculcación de fe esperanza	9	15,0	33	55,0	3	5,0	12	20,0	3	5,0	60	100,0
Desarrollo relación ayuda confianza	11	18,3	33	55,0	3	5,0	11	18,3	2	3,3	60	100,0
Promoción enseñanza aprendizaje	8	13,3	19	31,7	3	5,0	20	33,3	10	16,7	60	100,0
Provisión entorno apoyo protección	16	26,7	26	43,3	2	3,3	7	11,7	9	15,0	60	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 10

Los resultados para la variable Cuidado humano de enfermería al paciente en tratamiento quimioterápico en su dimensión: enfermería transpersonal, determinan en el **indicador valores humanísticos**, que el 51,7% de los consultados dicen que **casi siempre** reciben de los profesionales de enfermería valores humanos como: bondad, solidaridad, paciencia y sinceridad; mientras que 21,7% dicen casi nunca reciben valores humanos; el 16,7% indicó que siempre; 6,7% estuvo indeciso y 3,3% señaló que nunca.

En el **indicador inculcación de fe esperanza**, el 55% de los consultados dicen que **casi siempre** reciben del profesional de enfermería inculcación de la fe esperanza basada en el bienestar, la confianza y la esperanza; en tanto que 20% dicen casi nunca recibirlo; el 15% dijo siempre; el 5% dividió su opinión entre los indecisos y los que dicen nunca.

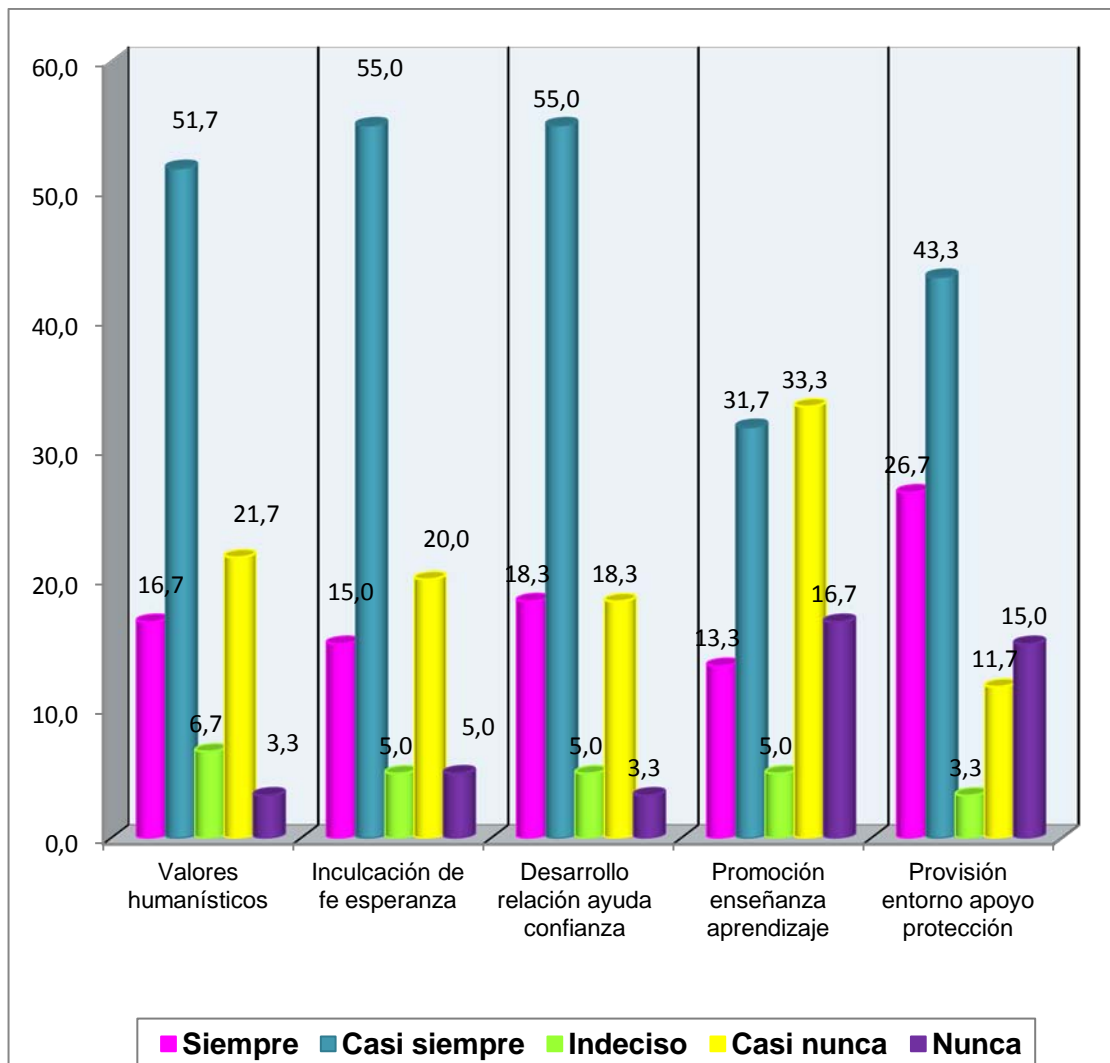
Con respecto a los resultados en el **indicador desarrollo relación ayuda confianza**, el 55% de los consultados dicen que **casi siempre** reciben del profesional de enfermería desarrollo de una relación de ayuda confianza basada en los Sentimientos, la Solidaridad, la Confianza y el Respeto; mientras que 18,3% indicaron siempre e igual porcentaje se ubicó en casi nunca; el 5% estuvo indeciso y 3,3% señaló nunca.

Referido a los resultados en el **indicador promoción enseñanza aprendizaje**, el 33,3% de los consultados dicen que **casi nunca** reciben de los profesionales de enfermería promoción de enseñanza aprendizaje basada en autocuidado y auto-concepto; en tanto que 31,7% indicó casi siempre; el 16,7% señaló nunca; 13,3% opina siempre y 5% estuvo indeciso.

De acuerdo a los resultados en el ***indicador provisión entorno apoyo protección***, para el 43,3% de los consultados ***casi siempre*** reciben de los profesionales de enfermería un entorno de apoyo y protección basado en el confort, la seguridad, la higiene y la privacidad; mientras que 26,7% indicó siempre; el 15% dijo que nunca; 11,7% señaló casi nunca y 3,3% estuvo indeciso.

GRÁFICO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS PARA LA VARIABLE CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO. DIMENSIÓN: ENFERMERÍA TRANSPERSONAL. UNIDAD ESPECIALIZADA INSTITUTO ONCOLÓGICO “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO”. MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO



Fuente: Cuadro Nº 10.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo hace referencia a las conclusiones surgidas del análisis de los resultados obtenidos una vez aplicado el instrumento al elemento muestral; y, a las recomendaciones que emergen de los mismos.

5.1.- Conclusiones

Los datos demográficos permiten observar, respecto al sexo 53.3% corresponden al sexo femenino y 46.7% al sexo masculino; el 21.7% tiene entre 20-39 años, un porcentaje igual a 50-59 años; el 20% 40-49 años y 60-69 años en el mismo porcentaje 20%. En lo referido al nivel de instrucción académica el mayor porcentaje 25% se ubicó en universitaria; 23.3% secundaria y 21.1% es T.S.U. El tiempo en tratamiento quimioterápico reveló un 33.3% con 11 a 15 meses de tratamiento, 26.7% 0-5 meses; 23.3% 6 a 10 meses. El elemento muestral tiene edad suficiente, formación y contacto directo con los profesionales de enfermería durante el tiempo en tratamiento. Para reconocer en forma objetiva la relación de cuidados (Univoca) dada entre ellos.

El Cuidado Humano de Enfermería, acorde con las categorías del cuidado transpersonal estudiadas en opinión de los pacientes con tratamiento quimioterápico fueron percibidas de la siguiente forma:

Valores humanísticos, casi-siempre (51,7%) en la relación de cuidados con el profesional de enfermería., vistos los resultados se cree necesario cumplir con una de las premisas de Watson "rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica...por parte de los

profesionales de enfermería” que dan cuidado al paciente en tratamiento quimioterápico.

Inculcación de la Fe-Esperanza, casi-siempre (55.0%) en la relación de cuidado transpersonal; 30% se ubicó en las categorías casi-nunca, nunca, indeciso. Estos resultados develan la necesidad de enfocarse más en cuidado humano que como lo indica Watson “ es la esencia de enfermería y su atributo más valioso “requiriendo una preparación humanística para reconocer la humanidad de quienes cuida, el paciente en tratamiento quimioterápico, necesita amor, esperanza ,Fe, respeto a sus creencias para afrontar su enfermedad.

Desarrollo de la relación ayuda-confianza, casi-siempre (55,0%), un porcentaje importante se ubicó en las categorías negativas. El profesional de enfermería en su relación univoca con el paciente en tratamiento quimioterápico debe utilizar el cuidado transpersonal como lo dice Watson “promueve el crecimiento personal de los pacientes y los profesionales de enfermería, traducidos en relaciones interpersonales más significativas, con ayuda/confianza.”.

Promoción de la enseñanza-aprendizaje, (55.0%) en casi-nunca, nunca e indeciso, el 31.7% se ubico en casi-siempre, estos resultados deben hacer reflexionar a los profesionales de enfermería al dar cuidado al paciente en tratamiento quimioterápico, pues como lo afirma Watson, debe haber “una reciprocidad entre el profesional de enfermería y el paciente, con el fin de estimular la autonomía del enfermo “mediante la enseñanza-aprendizaje en la relación de cuidado transpersonal ,se busca el autocontrol y el autoconocimiento de los pacientes.

Provisión del entorno apoyo-protección, casi-siempre (43.3%), en las categorías negativas se ubicó el 30%. Estos resultados enfocados en la relación de cuidado transpersonal develan la importancia de promover experiencias positivas en los pacientes con tratamiento quimioterápico, mediante la satisfacción de sus necesidades humanas en el proceso de ser saludable. Watson dice “las necesidades, es el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar.”.

5.2.- Recomendaciones

Presentar los resultados del estudio al equipo directivo de enfermería y profesionales de enfermería adscritos a la unidad de quimioterapia, con la finalidad de establecer estrategias prácticas y docentes en equipo para la utilización de la teoría de cuidado humano transpersonal en el desempeño diario.

La relación de Cuidado transpersonal, enfermera-paciente en tratamiento quimioterápico, debe ser el eje del cuidado humano en la unidad de quimioterapia, exige formación científica y sabiduría en el dominio del arte del cuidado, se recomienda su análisis en mesas de trabajo para favorecer la crítica reflexiva de los componentes estructurales de la teoría y entenderla en todo su contexto.

Los factores de cuidado, son la base para el cuidado transpersonal, abordan al Ser Humano en una visión holística, que no puede ser fragmentado, e incluyen al profesional de enfermería y a las personas – pacientes en su condición de seres humanos. Se recomienda continuar investigando los mismos en otros grupos de pacientes para demostrar su importancia en el cuidado de enfermería transpersonal al paciente en tratamiento quimioterápico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-Lefevre, Rosalinda (1999) **Aplicación del Proceso Enfermero. Guía Paso a paso.** Editorial Springer.España
- Agramonte del Sol, Alain y Leiva Rodríguez, Joel (2007) **Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería.** Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional de la Salud. “Dr. Fermín Valdés Domínguez”. Rev. Cubana Enfermer, 23(1).
- Arias, Fidias. (2006). **El proyecto de investigación. Introducción a la metodología** científica. 5ta Ed. Epísteme. Caracas
- Ariza C. (1998). **Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico.** Mosby/Doyma-España.
- Arrioja, Omaira; Briceño, Yracema; Requena Josefina y Figuera Guerra, E. (2009) **Cuidados de Enfermería enfocados en la teoría de Jean Watson dado a enfermos traqueostomizados hospitalizados,** Área de cirugía II. Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar – Edo. Bolívar (TEG) Escuela de Enfermería Facultad de Medicina UCV. Caracas.
- Ballestrini, Mirian. (2001). **Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación.** Caracas – Venezuela.
- Bautista, Luz (2004). **Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander,** Colombia. Revista Chia Colombia. Año 8, Volumen 8. N° 1. Pensamiento y cultura. unisabana.edu.co/sabana/index.../aquichan/.../2. Indexada en: ISI Web of Science - SCI Expanded, Scopus, SciELO.
- Bermejo, José Carlos, y Carabias, Rosa (2001). **Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud.** Editorial Sal Terrea. Maliaño (Cantaura), España.

- Cardozo, Maura; Navas, A. y Figuera Guerra, E. (2007) **Cuidado humano de enfermería dado al usuario que vivencia enfermedad de Hansen.** Consulta de Dermatología del Hospital tipo I “Dr. Juan M. Ponte” Municipio Girardot – Edo. Cojedes. Escuela de Enfermería Facultad de Medicina UCV. Caracas.
- Cibanal; Juan y Arce, María del Carmen (2009). **La relación enfermera paciente.** Editorial Universidad de Antioquia. Colombia
- De La Torre Gálvez, Isabel; Cobo, Manuel; Mateo, Teresa; y Vicente, Luz (2008). **Cuidados enfermeros al paciente oncológico.** Editorial Vértice. España.
- Domínguez, Ana, y García Liberato (2006). **Perspectivas bioéticas.** Número monográfico. Bioética y Género. Volumen II. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO Sede Académica de Argentina. Ediciones del Signo. Año 11. Número 21.
- Espinoza Medalla, Leonor; Huerta Barrenechea, Karim Pantoja Quiche, Junior; Velásquez Carmona, Walter; Cubas Cubas, Denisse; Ramos Valencia, Alí (2010) **El cuidado humanizado y la percepción del paciente** en el Hospital EsSalud Huacho.
- González, Baron, Manuel. (2007). **Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer.** 2da Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Hamdan, G. (1998) **Métodos estadísticos en educación.** 2da ed. Publicaciones Bourgeón. Caracas. Venezuela.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; Baptista Lucio (2003). **Metodología de la Investigación.** Editorial Mc Graw Hill. México.
- Herrera, E; Hernández, M; González, M. y Figuera Guerra, E. (2009) **Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)** en la Unidad de Diálisis. Hospital Uyapar de Puerto Ordaz – Edo. Bolívar (TEG) Escuela de Enfermería Facultad de Medicina UCV. Caracas.

- Hurtado de B, Jaqueline. (2008). **El Proyecto de Investigación. Comprensión holística de la metodología y la investigación.** 6ta Ed. Editorial Quirón.
- Hurtado, Iván y Toro, Josefina (2000). **Paradigmas y Métodos de investigación Social en Tiempos de Cambio.** Clemente Editores, Valencia. Venezuela.
- Instituto Nacional del Cáncer (2000).
- Kolcaba, Katherine (1994). **A theory of holistic comfort for nursing.**Journal of Advanced Nursing. USA
- Kotcher Fuller, Joanna (2007) **Instrumentación quirúrgica.** Teoría, técnicas y procedimientos. 4 Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid España.
- Leininger, Madelein (1984). **The Essence of Nursing and Health.** Little Brown. Boston.
- Llamta Abreu, María del Carmen; Pire Stuart, Tania; Grau Abalo, Jorge; Vilais Prieto, Luis, Massi P; Pérez Coralia; Grau Abalo, Ricardo; Ortiz Vivero, Godeleva Roso (2008) **Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología.** Rev. Psicología y Salud, vol. 18 número 002- Universidad Veracruzana. Xalapa, México.
- Lorene Newberry, Ena Sheehy (2006). **Manual de urgencia de enfermería.** Emergency Nurses Association. 6ta Edición. Elsevier Mosby. Madrid España.
- Macarulla, Teresa; Ramos, Francisco; y Tabernero, Joseph (2009). **Comprender el cáncer.** Editorial Amat. Barcelona, España.
- Márquez, Sebastian (2001). **Comparación del tratamiento quimioterápico con otros regimenes de tratamiento.** Instituto Multidisciplinario de Oncología en Genolier, Suiza.
- Marriner, Ann y Raily Allegood, Martha (2003). **Modelos y teorías en enfermería.** 4ta Ed. Elsevier Science. España.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. División de Oncología (2009).
Venezuela.
- Murray, Michael; Birdsall, Tim; Pizzorno, Joseph; Reilly, Paul (2004). La
curación del cáncer. Métodos naturales. Editorial Robin Book. New Cork
Estados Unidos.
- Neil, Ruth y Marriner Tomey, Ann (2007) **Jean Watson, Filosofía y Ciencia
del Cuidado** (cap.7) del texto Modelos y Teorías en Enfermería de Ann
Marriner Tomey y Martha Raily Alegood Elsevier Science. España
- Negrin, Capote (2009). **Apuntes de Oncología**. División de Oncología
Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas, Venezuela.
- OncoVida (2008), **Cuidados del Paciente Oncológico**. Sociedad Española
de Oncología Médica.vww.Seon. Org.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009). **Boletín Anual**.
www.salud.com/cancer/oms-contra-el-cancer.asp
- Phaneuf, Margot. (1993) **Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención
de Enfermería**. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- Pineda, Elia Beatriz; Alvarado, Eva Luz de; (2008). **Metodología de la
investigación**. Tercera edición. Organización Panamericana de la
Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington. D. C. U.S.A
- Pizarro, Cristian (2007). **Aumenta el cáncer en América Latina**. Ed. Luna.
Argentina.
- Polit, Dense y Hungler, Bernardette (2000) **Investigación científica en
ciencias de la salud**. 6ª Mc-Graw Hill Interamericana. México.
- Rivera Álvarez, Luz Nelly; Álvaro, Triana (2007) **Cuidado humanizado de
enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica**,
en la Clínica del Country. Rev. AV. Enfermer.; 25(1) Colombia.
- Salamanca, Tomás (2006). **Cuidados de Enfermería en Oncología. Vivir
con cáncer**. <http://www.cancer.org/ponencias/indice>.

- Tamayo y Tamayo, Mario (2008). **El Proceso de la Investigación Científica**. 4ta Ed. Editorial Limusa. Grupo Noriega Editores. México. D.F.
- Urra, Eugenia; Jana A. Alejandra, García, V. Marcela (2011) **Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales**. Rev. Ciencia y Enfermería. Vol. 17 N° 3. Concepción. Chile.
- Wand, Robert. (2006) **Fundamentos de medicina osteopática**. 2da Edición. Editorial Médica Pan-American. Montevideo Uruguay.
- Watson, Jean (1988). **Nursing human science and human care-A theory of nursing**. National League for Nursing. New York
- Watson, Jean (1997). The theory of human caring retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly.
- Watson, Jean (1999) **The Philosophy and Science of Caring Nursing**. Ed. Little Brown. Boston.

ANEXOS



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



**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE CUIDADO HUMANIZADO
DE ENFERMERÍA A PACIENTE EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO**

Autoras:
Herrera, Beatriz
Lovera, Martha
Vásquez. Rolandy

Valencia, febrero, 2013

PRESENTACIÓN

Distinguido Sr./Sra.

Actualmente estamos concluyendo los estudios para optar al Título de Licenciado(a) en Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela (UCV). La escuela exige como requisito académico presentar un Trabajo Especial de Grado (TEG) que hemos titulado “Cuidado Humanizado de Enfermería a Pacientes en Tratamiento Quimioterápico”. El cuestionario que le presentamos, es para finalizar la investigación, mediante las respuestas que Usted ofrezca al responderlo. Le agradecemos su colaboración.

Gracias

Los investigadores

INSTRUCCIONES

- Lea cada una de las preguntas, antes de proceder a contestar el cuestionario.
- Solicite aclaratoria a los investigadores, si tiene alguna duda.
- Encierre en un círculo, el número que Usted considere, responda al cuidado que recibe de enfermería.
- No deje preguntas sin contestar.
- Por favor no lo firme. Es anónimo.

Gracias

PARTE I. DATOS DEMOGRÁFICOS

INSTRUCCIONES: Favor colocar una equis (X) donde corresponda.

Sexo M _____

F _____

Edad: 20 a 29 años _____

30 a 39 años _____

40 a 49 años _____

50 a 59 años _____

60 a 69 años _____

Nivel de instrucción

Primaria _____

Secundaria _____

TSU _____

Universitario _____

Tiempo en tratamiento

0 a 5 meses _____

6 a 10 meses _____

11 a 15 meses _____

Otro _____

Siempre _____

Casi Siempre _____

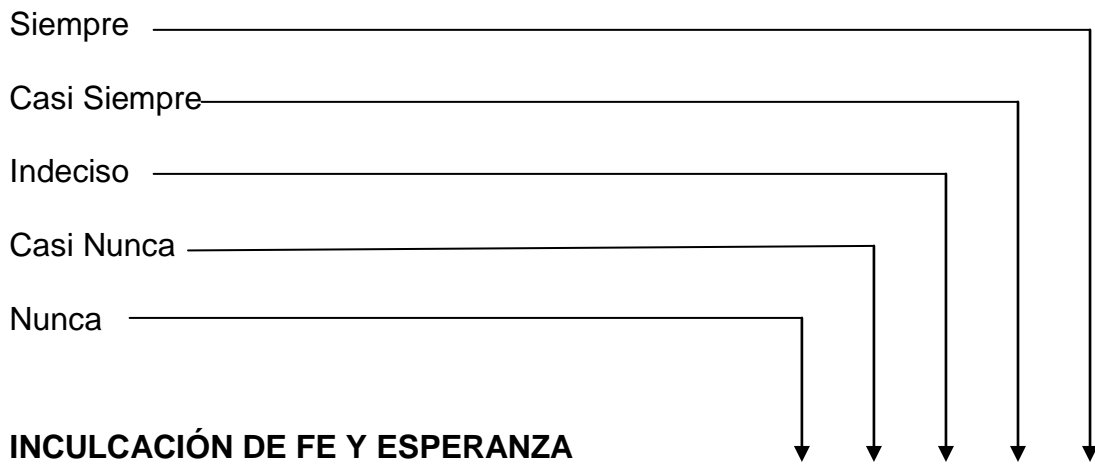
Indeciso _____

Casi Nunca _____

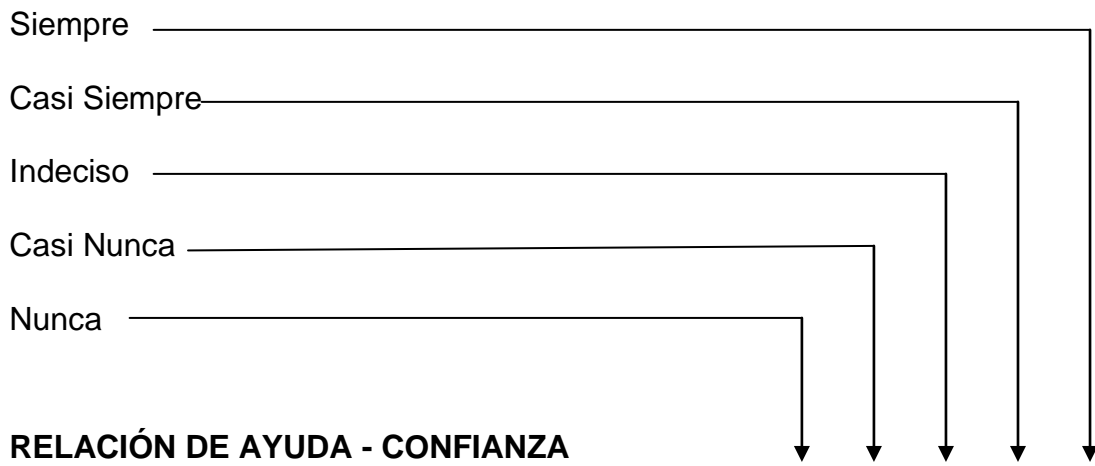
Nunca _____

VALORES HUMANÍSTICOS

1	La enfermera, se muestra bondadosa con Ud., cuando le administra el tratamiento	1	2	3	4	5
2	La enfermera, se muestra amable con Ud., cuando lo atiende en la unidad	1	2	3	4	5
3	La enfermera, se muestra solidaria con Ud., tratándolo como ser individual	1	2	3	4	5
4	La enfermera, se muestra comprometida con su cuidado durante la administración del tratamiento	1	2	3	4	5
5	La enfermera, le inspira confianza en sus encuentros en la unidad	1	2	3	4	5
6	La enfermera, le inspira confianza al explicarle anticipadamente el procedimiento	1	2	3	4	5

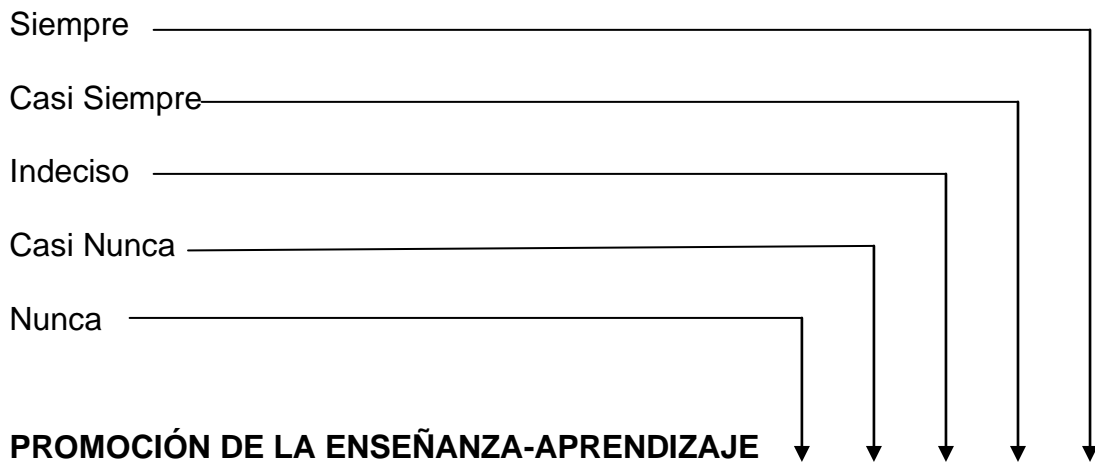


7	La enfermera, es clara en sus ideas, al comunicarse con Ud.	1	2	3	4	5
8	La enfermera, le ofrece un cuidado amoroso y sincero, durante el tratamiento	1	2	3	4	5
9	La enfermera, promueve su bienestar emocional al administrarle el tratamiento	1	2	3	4	5
10	La enfermera, fortalece su bienestar espiritual al administrarle el tratamiento	1	2	3	4	5
11	La enfermera, le ofrece confianza, al administrarle el tratamiento	1	2	3	4	5
12	La enfermera. Le ofrece confianza al informarle posibles reacciones al tratamiento	1	2	3	4	5
13	La enfermera, le transmite esperanza al hablar sobre su enfermedad	1	2	3	4	5
14	La enfermera, le transmite esperanza al animarlo a cumplir el tratamiento	1	2	3	4	5

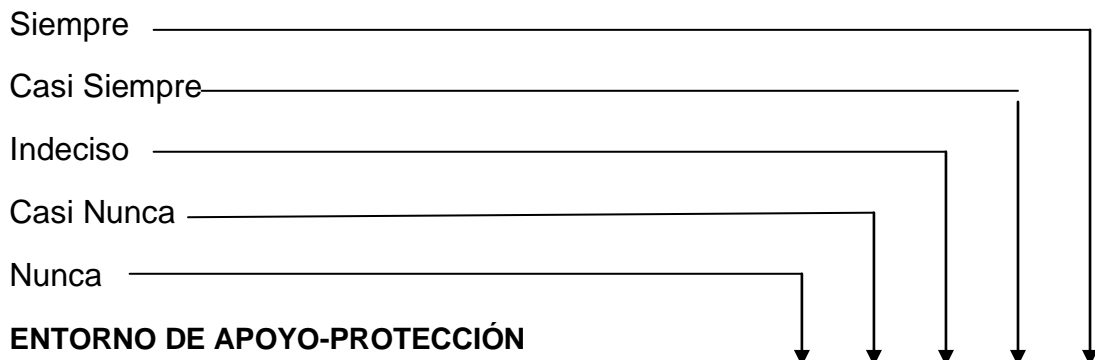


RELACIÓN DE AYUDA - CONFIANZA

15	La enfermera, comprende sus sentimientos sobre la enfermedad	1	2	3	4	5
16	La enfermera, le estimula a deponer sentimientos negativos sobre la enfermedad	1	2	3	4	5
17	La enfermera, se muestra cariñosa al informarle sobre el tratamiento	1	2	3	4	5
18	La enfermera, sonríe de forma natural y auténtica al recibirlo en la unidad	1	2	3	4	5
19	La enfermera, lo trata con confianza al ofrecerle los cuidados	1	2	3	4	5
20	La enfermera, le demuestra confianza al administrarle el tratamiento	1	2	3	4	5
21	La enfermera, lo trata con respeto al llamarlo por su nombre	1	2	3	4	5
22	La enfermera, lo trata con respeto al administrarle el tratamiento	1	2	3	4	5



23	La enfermera, le indica como cuidarse el cabello para disminuir la caída.	1	2	3	4	5
24	La enfermera, le enseña medidas de prevención de infecciones para proteger su vida	1	2	3	4	5
25	La enfermera, motiva su cooperación en el aprendizaje de medidas de autocuidado	1	2	3	4	5
26	La enfermera, fortalece su identidad personal, explicándole cuidados específicos para su enfermedad	1	2	3	4	5
27	La enfermera, fortalece su autoestima motivándole a cumplir los ciclos de tratamiento indicado	1	2	3	4	5
28	La enfermera, disminuye su ansiedad sobre la pérdida del cabello, explicándole medidas para mejorar su imagen	1	2	3	4	5



29	La enfermera, le ofrece comodidad antes de iniciar el tratamiento	1	2	3	4	5
30	La enfermera, le ofrece comodidad al ubicarlo en el sillón donde recibirá el tratamiento	1	2	3	4	5
31	La enfermera, le ofrece comodidad ayudándolo a cambiar de posición, si es necesario	1	2	3	4	5
32	La enfermera, atiende con prontitud su llamado, si siente ardor en el sitio de punción	1	2	3	4	5
33	La enfermera, atiende con prontitud su llamado si presenta dolor	1	2	3	4	5
34	La enfermera, le ofrece medidas para calmar su ansiedad durante la administración del tratamiento	1	2	3	4	5
35	La enfermera, le realiza la asepsia en el sitio de punción al finalizar el tratamiento	1	2	3	4	5
36	La enfermera le cubre el sitio de punción con gasa estéril después de realizar la asepsia	1	2	3	4	5
37	La enfermera, le explica como retirarse la cura del sitio de punción al llegar a su hogar	1	2	3	4	5
38	La enfermera, cuida su privacidad durante la administración del tratamiento	1	2	3	4	5
39	La enfermera, cuida su privacidad colocando paraban entre los sillones	1	2	3	4	5

ANEXO "B"

Cálculo Coeficiente de Confiabilidad (Prueba Piloto)

Índice de Confiabilidad (Alfa de Cronbach) Prueba Piloto

Variable	CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	2	3	4	3	4	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	2
2	1	1	2	4	2	4	1	1	3	1	4	1	3	4	2	3	2	4	3	2
3	1	1	3	3	1	3	3	2	3	4	2	4	3	2	1	5	3	3	2	4
4	1	3	3	2	3	3	3	2	4	2	3	3	2	1	4	1	2	2	3	3
5	2	1	1	2	1	2	3	3	4	3	2	3	2	4	2	3	2	3	4	2
6	2	1	1	2	3	3	2	3	3	4	3	2	3	4	1	2	3	2	2	3
7	4	2	4	4	2	2	4	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2
8	4	4	3	4	4	4	3	3	2	2	4	2	2	3	2	4	4	4	2	4
9	2	4	4	2	4	3	2	1	1	2	3	2	1	3	1	4	2	4	2	4
10	4	4	3	2	4	2	3	4	3	2	4	4	3	4	3	4	4	3	3	2
Sumatoria	24	23	27	29	27	30	26	26	29	26	31	28	24	31	21	32	28	32	27	28
Media	2,40	2,30	2,70	2,90	2,70	3,00	2,60	2,60	2,90	2,60	3,10	2,80	2,40	3,10	2,10	3,20	2,80	3,20	2,70	2,80
Desv/Est.	1,26	1,34	1,06	0,99	1,16	0,82	0,84	1,07	0,99	0,97	0,88	1,03	0,70	0,99	0,99	1,14	0,92	0,79	0,67	0,92
Varianza	1,44	1,61	1,01	0,89	1,21	0,60	0,64	1,04	0,89	0,84	0,69	0,96	0,44	0,89	0,89	1,16	0,76	0,56	0,41	0,76

