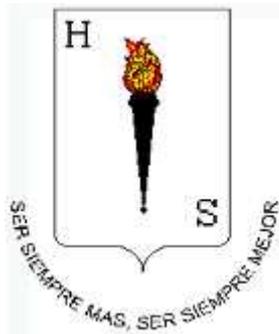


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

QUÉ PAPEL JUEGA, LA ENFERMERA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
MARA ELIZABETH GONZÁLEZ AHUMADA

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN; 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a mis padres por haberme permitido realizar mi sueño, además de estar siempre conmigo apoyándome en toda la carrera.

A mis hermanos por estar impulsándome a realizar mis proyectos, además de asesorarme cuando lo necesito.

A los maestros que han pasado a lo largo de mi vida cultivándome y dando me herramientas para lograr mi carrera.

A mis amigos que estuvieron conmigo animándome a seguir con lo que ya había comenzado y brindándome en todo momento su apoyo.

Pero sobre todas las cosas a Dios que me ha permitido llegar a este momento de mi vida.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis.

A mis hermanos quienes siempre me brindaron seguridad y confianza para seguir realizando mi tesis.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no ponía atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

INDICE

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESIS.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3.-JUSTIFICACIÓN.....	4
De acuerdo con la OMS la definición de calidad es "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones".	4
1.4.-UBICACIÓN DEL TEMA.....	5
1.5-OBJETIVOS	5
1.5.1 Objetivos General.....	5
1.5.2Objetivos Específico.....	6
8.-MARCO HISTORICO	6
1.-TEORIAS.....	6
1.1.-TEORIA DE LOS SERES HUMANOS UNITARIOS	6
1.2.-TEORÍA DE PARES (aprendizaje entre iguales):	6
GUÍA EN LA PLANIFICACIÓN.....	7
1.3.-Teoría de incertidumbre	9
1.4.-Teoría de afrontamiento, estrés y procesos cognitivos.....	11
Factores situacionales que influyen en la evaluación cognitiva.....	12
1.5.-Teoría de afrontamiento	13
1.5.-Teoría de la crisis	16
Modelo de creencias en salud.....	18
2.1 CANCER	21
2.2 Origen del cáncer.....	22
2.3.-Autocuidado.....	26
Función de enfermería: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo las acciones de autocuidado para conservar la salud y vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.....	26
• Autocuidado: Actividades que los individuos aprenden y realizan de forma deliberada para mantener la vida. (Su carencia puede producir la enfermedad o muerte).	26

De este papel sobre el autocuidado de la población se derivan las siguientes responsabilidades, que sitúan a la enfermera como garante de dicho autocuidado al ciudadano:	27
• Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.....	27
• Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado o del cuidado a personas socialmente dependientes.	27
• Completar los déficits del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.	27
• Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.	27
• Supervisar las acciones de cuidado para garantizar la seguridad.	27
• Sustituir al cuidador en las acciones de cuidado complejo en el periodo de aprendizaje de este y/o ante situaciones que supongan riesgo para las personas.	27
• Acompañar desde la presencia cuidadora en el proceso de salud y de la muerte.	27
FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO	27
1.-FACTORES INTERNOS O PERSONALES:	28
2.-FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES	30
9.-MARCO CONTEXTUAL	33
3.-PAPEL DEL LA ENFERMERA EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO	33
3.1.-FOMENTO DEL AUTOCUIDADO	43
3.2.-ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	44
4.1- CALIDAD DE VIDA	53
4.2.-Escala valorativa de calidad de vida	55
4.3.-Causas de la fatiga crónica en el paciente oncológico.....	57
METODOLOGÍA	89
CONCLUSIÓN	90
SUGERENCIAS.....	93
GLOSARIO	94
BIBLIOGRAFIA.....	97

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se habla del autocuidado, es aquel que se proporciona a la persona para mejorar la calidad de vida el cual puede ser individual o cuidados colectivos que son brindados por la familia o comunidad.

Como se abordara el tema de cuál es el papel que juega la enfermera dentro del autocuidado, partiendo de la definición de los conceptos de "cuidado", autocuidado y calidad de vida.

Analizando la importancia de la enfermera dentro de la práctica de autocuidado, tomando en cuenta la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

También se hablara sobre la importancia de fomentar el autocuidado para poder mejorar la calidad de vida en la población en general.

Como también los requisitos que se dan para los cuidados terapéuticos y como se brindan a las personas que sufren un déficit de autocuidado.

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como "el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud".

El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto como la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud.

FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESIS

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”. Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere: Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué papel juega, la enfermera el fomento del autocuidado y mejora de la calidad de vida en pacientes oncológicos?

1.3.-JUSTIFICACIÓN

En la presente investigación se busca brindar información a los pacientes oncológicos como a su familia para contribuir a la mejora del autocuidado, la prevención evitando que se agreguen otras patologías, que pongan en riesgo la vida.

Definiendo la capacidad de autocuidado: “Es el conocimiento, habilidad y motivación para la producción y practica de las acciones dirigidas a sí mismo o a su ambiente, que tiene la persona para satisfacer los requisitos de autocuidado”.

Otra de las causas de la investigación es el papel de la enfermera que juega en el autocuidado por lo que se ve la importancia que tiene el personal de enfermería dentro de la función primordial el cuidado viéndolo desde, la promoción, recuperación y rehabilitación siendo una tarea importante dentro del ámbito de salud.

De acuerdo con la OMS la definición de calidad es "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

A demás de poder ayudar aquellos paciente con cáncer a sobre llevar su enfermedad, cubriendo ellos mismos sus necesidades básicas y con ayuda de su familia y el personal profesional de enfermería mediante la

promoción del fomento del autocuidado, para poder mejorar su calidad de vida.

Como también el papel importante que juega la enfermera en la promoción al autocuidado en aquellos pacientes que oncológicos que realmente apenas pueden asimilar lo que esta pasado y muchas de las ocasiones no terminan de asimilarlo, he ahí necesitan el apoyo del su familia, como del profesional de enfermería que los oriente sobre los cuidados que se tiene que realizar para cubrir todas sus necesidades básicas y que no por padecer una enfermedad no pueda llevar una calidad de vida.

1.4.-UBICACIÓN DEL TEMA

En la presente investigación documental se encuentra en oncología y enfermería. En oncología por que se tratara con pacientes oncológicos.

1.5-OBJETIVOS

1.5.1 Objetivos General

- Promover el cambio en las personas oncológicas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida para que esto se dé, la calidad de vida.

1.5.2Objetivos Específico

Identificar la importancia de la profesional de enfermería en el autocuidado y como ayuda a prevenir, curar y restaurar la salud.

Promover la importancia del autocuidado en las personas con cáncer, mejorando así su calidad de vida.

8.-MARCO HISTORICO

1.-TEORIAS

1.1.-TEORIA DE LOS SERES HUMANOS UNITARIOS

Según Martha Elizabeth Rogers nos menciona la **TEORÍA DEL MODELAJE** (ejemplo a seguir): expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativa, por ejemplo; un ídolo de la televisión, un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

1.2.-TEORÍA DE PARES (aprendizaje entre iguales):

plantea que la persona (o grupo) aprende de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones que ella, acerca de prácticas de riesgo o protectoras, según el caso, para vivir. Esta teoría aplica para el autocuidado, al propiciar encuentros entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera saludable, lo cual es muy útil sobre todo en adolescentes; por ej., una mujer mastectomizada que sirve de testimonio a otra que fue

operada recientemente, un club de personas con diabetes. Esta teoría se emplea en los grupos de autoayuda.

Participación Social: A través de la participación, la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea; busca aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre la salud de las personas. Para que haya participación se requiere del empoderamiento (poder con - poder sobre) el cual impulsa el autocuidado. El empoderamiento se define como “la capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud” Implica acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas; cuando es individual, la persona responde a sentimientos de auto eficacia para actuar y, cuando es comunitario, se genera en el colectivo una acción social aumentada, con redes sociales más fuertes, políticas públicas mejoradas, mayor equidad y transformación de condiciones en general.

Así, las demás herramientas son útiles para apoyar los procesos tanto de auto cuidado individual como colectivo.

GUÍA EN LA PLANIFICACIÓN

Información previa:

1. Evaluar las influencias biológica, social, psicológica y cultural en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.

2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

Valoración:

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.

9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.

10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados.

1.3.-Teoría de incertidumbre

Teoría desarrollada por Mishel Merle, quien la define como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento.(M, 1990)

La incertidumbre, como un estado cognitivo, aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado o categorizado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. El estudio de la incertidumbre representa un área inquisitiva de fenómenos conceptuales. El aporte técnico de enfermería junto a disciplinas relacionadas proveerá conceptos como cuidado y apoyo, probando la teoría y confirmando su generalización en los problemas de la práctica clínica de enfermería. La teoría de incertidumbre tiene su más fuerte apoyo entre los sujetos que están experimentando la fase aguda de una enfermedad, o están en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo. Esta teoría no ha sido aplicada en pacientes que viven con una incertidumbre específica

en una enfermedad, con una fase aguda tratable y con una eventual recurrencia.(M., The measurement of Uncertainty in Illness, 1981)

Los estudios sobre la incertidumbre como fenómeno o problema psicológico que influye en los pacientes como productora de síntomas psicológicos son escasos, la mayoría se refiere a estudios efectuados en pacientes con cáncer y solamente uno a enfermedades crónicas en general realizados en Estados Unidos. Mishel desarrolló una escala de 29 ítems, midiendo en cien pacientes la incertidumbre en relación con el diagnóstico, la sintomatología, el tratamiento, la relación con proveedores de cuidado y el planteamiento para el futuro del paciente.(M., 1981)

En los acontecimientos de la vida real parece ser que la incertidumbre máxima suele ser estresante, pudiendo tener un efecto inmovilizador sobre procesos anticipatorios de afrontamiento, y puede provocar también confusión mental. La teoría de la incertidumbre es reconocida por la enfermera en su práctica para discutir una nueva probabilidad de afrontamiento con los pacientes con cáncer, a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. El afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/ enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida.

1.4.-Teoría de afrontamiento, estrés y procesos cognitivos

Estrés. Lazarus y Folkman hicieron su contribución a la investigación de los factores cognitivos implicados en el estrés y en la emoción. A partir de esta premisa comenzaron a tener gran importancia la apreciación de los estímulos, la naturaleza del estrés y los procesos de afrontamiento. Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador, y utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Para el autor, el individuo enfrenta el estrés a través del enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, y depende de fuerzas conscientes que se configuran como producto de una apreciación intuitiva de las demandas, los recursos y los resultados predecibles de la interacción con el medio, de acuerdo con modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias. La teoría de Lazarus dice que el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno, evaluado por éste como agravando o desbordando sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus R, 1996)

Esta definición considera como fundamental la relación individuo-entorno. Así, cuando un individuo ha tenido alguna experiencia con algún agente estresante, el enfrentarse a una situación similar sea quizá menos estresante que la primera vez. Ello porque en su conciencia tiene la evaluación primaria de la situación y los procesos de afrontamiento será más eficiente, con grandes posibilidades de que no se produzca un trastorno. La evaluación cognitiva es el proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Esta evaluación

es el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.(Lazarus R, 1996)

La respuesta emocional y conductual desarrollada por un sujeto ante un acontecimiento depende de la forma en que éste lo analice.

Factores personales que influyen en la evaluación cognitiva

Al abordar el tema de los factores personales que influyen en la evaluación cognitiva es importante tener en cuenta dos características: los compromisos y las creencias. Los compromisos son expresiones de aquello que es importante para la persona y determinan sus decisiones, también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideas y/o conseguir determinados objetivos. Tiene que ver con algo o con alguien, por lo tanto, depende de una relación específica entre el individuo y el entorno. Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, son nociones preexistentes de la realidad, que sirven de lente perceptual. En la evaluación, las creencias determinan la realidad de cómo son las cosas en el entorno, y modelan el entendimiento de su significado.

Las creencias existenciales, como la fe en Dios o en otro orden natural del universo, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.(Kaplan H, 1989)

Factores situacionales que influyen en la evaluación cognitiva

Al analizar estos factores es importante tener en cuenta tres características: la novedad, la predictibilidad y la incertidumbre del acontecimiento. Una situación nueva, la novedad, es capaz de provocar

amenaza si algún aspecto de ella se ha relacionado alguna vez con el daño. La predictibilidad de un acontecimiento ha sido estudiada, pero los hallazgos no han sido adecuados para explicar el estrés psicológico de los seres humanos, en parte porque no considera las diferencias individuales en la evaluación y el afrontamiento. En los acontecimientos de la vida real parece ser que la incertidumbre máxima suele ser estresante, pudiendo tener un efecto inmovilizador sobre procesos anticipatorios de afrontamiento, y puede provocar también confusión mental.

1.5.-Teoría de afrontamiento

Tal como lo define Lipowsky, el afrontamiento serían las estrategias que pone en juego el individuo ante un problema para mantener su integridad física y psicológica.(R., 2004)

La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y las creencias que ha ido incorporando con los años. Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose; por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos debe contar principalmente con estrategias, ya sean defensivas o con otras que sirvan para resolver el problema, todo a medida que vaya cambiando su relación con el entorno.(Riquelme N, 2002)

El afrontamiento o coping planteado por Lazarus se define como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo desarrolla para manejar las demandas externas y/o internas,

las cuales evalúa como excedentes o desbordantes de sus propias capacidades de manejo.(L, 1998)

Modos de afrontamiento. Existen dos tipos. Por un lado el afrontamiento de problemas, que son estrategias dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, y a la consideración de tales alternativas con base en su costo, beneficio, elección y aplicación. Implica también un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, y también las estrategias dirigidas al interior del sujeto. Por otra parte, el afrontamiento de emoción está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, e incluyen estrategias como la evitación, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos; otras estrategias están dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional (algunas personas necesitan sentirse realmente mal para encontrar consuelo). Utilizamos el afrontamiento para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara. Cuando se dice que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Los recursos pueden ser físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, de actitud, interpersonales y macro socioculturales. Lazarus describe los recursos como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas, recursos sociales y materiales (recursos ambientales).(Kaplan H, 1989)

La salud y la energía facilitan el afrontamiento, es más fácil afrontar una situación cuando uno se encuentra bien que cuando se encuentra mal, pero las personas débiles y/o enfermas pueden movilizarse lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que está en juego es suficientemente importante para ellas. Las creencias positivas, la esperanza, pueden ser alentadoras por la convicción de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona, o un programa resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad de Dios. Las técnicas sociales constituyen la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en forma adecuada y efectiva. Este tipo de habilidad facilita la resolución de problemas, se coordina con otras personas, aumenta la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aporta al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. La enfermera podría apoyar la resolución de problemas mediante la utilización de habilidades para conseguir información, analizar las situaciones, examinar alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado, con participación del paciente. Estas técnicas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivas para aplicar esa información y capacidades de autocontrol. Los recursos ambientales son el dinero, y los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. La esencia del afrontamiento dirigido a plantear alternativas previo conocimiento del problema, permite a la enfermera utilizar como herramienta la espiritualidad, la creencia del paciente oncológico en su dios u otras formas de energía para abordar con mayor propiedad y esperanza sus cuidados y un cambio de conducta. Otra visión de cómo la enfermera

relaciona este afrontamiento en el paciente oncológico es impartiendo educación sobre el proceso salud/enfermedad, explicando los aspectos relacionados con su enfermedad, con el cumplimiento de su terapia y algunos cambios en su estilo de vida, con información veraz sobre los signos y síntomas. La teoría nos indica la importancia de los procesos cognitivos, esto tiene que ver con el conocimiento de su estado, que le permite disminuir la tensión, el temor, el estrés, permitiendo el afrontamiento eficaz. La enfermera, entonces, apoya no sólo las respuestas biológicas sino también humanas. Disminuir el estrés, la tensión y el temor mejora la condición inmunológica o las defensas del paciente oncológico, actuando positivamente en su calidad de vida.

1.5.-Teoría de la crisis

Una crisis surge cuando una persona enfrenta un obstáculo importante en relación con los objetivos de vida, y le es imposible superarlo mediante los métodos habituales de solución de problemas. No todas las circunstancias adversas provocan una crisis o una enfermedad, pero sí desestabilizan a la persona.(SE, 1999.)

Las crisis se producen como una respuesta emocional a una situación peligrosa. Históricamente esta teoría remite a Freud y sus hipótesis originales que establecían la relación entre situaciones vitales conscientes o inconscientes y una respuesta emocional. En los años sesenta Ericsson y su descripción de las crisis del desarrollo colaboró con una perspectiva evolutiva y de crecimiento a la “teoría de la crisis”. Lindemann también aportó a esta teoría, pero más desde una perspectiva de atención comunitaria, con un especial énfasis en la

atención clínica a personas que habían sufrido una situación de pérdida traumática de un ser querido. Lindemann, en colaboración con Kaplan, desarrolló esta teoría como un marco referencial para el tratamiento de situaciones de duelo. Una crisis se define como una respuesta a eventos conflictivos, internos o externos, y experimentada como un estado doloroso. Para defenderse de esta situación la persona utiliza mecanismos que le ayudan a aliviar su molestia y así volver a restablecer su equilibrio previo. Estos mecanismos pueden ser adaptativos o desadaptativos(SE, 1999.).(Martínez, 1999)

En ambos casos el dolor intenso puede ser superado, pero en el segundo el dolor puede ser intercambiado por síntomas psiquiátricos que en algunas personas pueden cristalizar en un estilo neurótico de conducta que restringe sus habilidades para funcionar libremente, en el peor de los casos la situación de crisis no logra ser estabilizada y puede llevar a la persona a reacciones aún menos adaptativas como el suicidio, el homicidio o ambos.(Marriner A, 2003.)

La teoría de la crisis describe tres fases de la respuesta:

Fase previa a la crisis. El individuo busca mantener el equilibrio haciendo cambios físicos y psicosociales en el contexto de los sucesos normales de vida. El problema no constituye en sí mismo la crisis, ésta se produce como respuesta a aquél. En el contexto del cáncer, el grado de amenaza percibido por el descubrimiento de un tumor en la mama, por ejemplo, puede desencadenar una crisis si la mujer tiene antecedentes familiares de cáncer de mama. El factor importante es la percepción individual del peligro. Las expectativas y los temores se derivan de los antecedentes familiares de cáncer. La crisis no surge de

la confirmación del diagnóstico sino de la amenaza percibida. (Bastías E, 2004)

La fase de crisis se caracteriza por la desorganización; se hacen intentos para resolver el problema, que puedan resultar o no. En el ejemplo anterior surgen diferentes posibilidades, la paciente puede responder tratando de ignorar el crecimiento mamario, pero se verá perseguida por la ansiedad que le produce la evolución de la enfermedad debido al retraso en la búsqueda de atención. La otra opción es aliviar la angustia mediante la evaluación médica inmediata y la participación activa en el plan de tratamiento. (M, 1990)

En la fase posterior a la crisis también surgen varias posibilidades. Este fundamento teórico lleva a la enfermera a posibilitar la manifestación de emociones al paciente para articularlo en su plan de intervención en equipo.

Modelo de creencias en salud

Uno de los modelos más utilizados en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo perceptivo es el Modelo de Creencias de Salud (MCS). El MCS fue originalmente desarrollado en los años cincuenta por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los

tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco. En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje, en particular la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el resultado deseado.(Soto F & 71(4):335-341., 1997)

Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o el padecimiento, y la expectativa será la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. Con los años se han hecho adaptaciones del modelo para explicar conductas frente a una enfermedad ya diagnosticada, y se creó un paradigma que modela la adopción del rol de la enfermera y que agrupa diferentes factores motivacionales, subjetivos, elementos habilitantes o modificantes de la conducta, que influyen las decisiones que debe tomar el individuo frente a una enfermedad que se le ha diagnosticado y, dependiendo de estos factores, las personas tendrán mayor o menor probabilidad de tener una conducta en salud esperable, es decir,

adherente o no a las prescripciones que se le dan para tratar su enfermedad (Mendoza S, 1998)

El MCS se basa en tres premisas: la creencia –o percepción– de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración;(Marriner A, 2003.)

La creencia –o percepción– de que uno es vulnerable a ese problema; la creencia –o percepción– de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable. De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esto implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. (Arrivillaga M, 2003)

En la investigación de Sanhueza, los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud, y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. Una variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. En el caso de la conducta autoexaminadora de mama las claves para la acción las dio

una mujer que relata su historia de cáncer de mama a las profesoras.(M, 1990)

Esta conducta amenazadora permitió que las mujeres se realizaran su autoexamen de mama, posibilitando un diagnóstico temprano y, por lo tanto, mejor calidad de vida. Adicionalmente, el concepto de autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo periodo. De acuerdo con el modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción que se debe implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y el mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades, y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables. De acuerdo con lo anterior, la enfermera podría apoyarse en la percepción de amenazas y las creencias en la reducción de las mismas, para que las personas interioricen que el cáncer es grave, que están en gran riesgo, presentar indicadores de ese riesgo, dar a conocer factores de prevención del cáncer, reconocer el significado del cáncer en los pacientes para reconocer su motivación en realizar los esfuerzos, y ubicar recursos para desarrollar las conductas seguras.

2.1 CANCER

La palabra cáncer deriva del latín y como la derivada del griego carcinoma, significa "cangrejo". Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a

la de un cangrejo marino, y de ahí se deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos "neoplasia" y "tumor"; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno.

La palabra cáncer se utiliza para denominar un grupo de enfermedades en las cuales pueden afectar cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con una capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. La célula cancerosa olvida la capacidad para morir y se divide casi sin límite, estas células llegan a formar nuevas masas, que su expansión destruye y sustituyen a los tejidos normales, dando lugar a tumores sólidos o enfermedades hematológicas y/o linfáticas en función de los tejidos afectados.

2.2 Origen del cáncer

Existen ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre dichos factores se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa.

a. Herencia: se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son, más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos

de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

b. Sustancias químicas: el alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias (por ej.: refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores. Hoy en día se sabe que el benzopireno – sustancia química presente en el carbón– provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón.

El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor que lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal.

Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales. Se ha encontrado que, en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer de hígado y de estómago es alta.

El cigarro es otro agente cancerígeno; se ha determinado que la muerte por cáncer de pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarro es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene: nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán.

El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes.

c. Radiaciones: las radiaciones ionizantes constituyen uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo.

d. Infecciones o virus: existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres que aparecen en enfermos de SIDA. Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfoepiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una

leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral, capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.

e. Traumas: se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. En la India, una alta incidencia de cáncer del abdomen y de la ingle se relaciona con la vestimenta (una especie de guayuco) de uso muy generalizado.

Factores ambientales que favorecen al cáncer

(Adapted from Doll and Peto, 1981; *Casarett and Doull's Toxicology*, 5ª ed.)

- Dieta 35%
- Tabaco 30%
- Infección 10%
- Alcohol 3%
- Comportamiento sexual y reproductivo 7%
- Ocupación 4%
- Polución 2%
- Factores geofísicos 3%
- Medicamentos 1%
- Productos industriales 1%

2.3.-Autocuidado

Función de enfermería: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo las acciones de autocuidado para conservar la salud y vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

- **Autocuidado:** Actividades que los individuos aprenden y realizan de forma deliberada para mantener la vida. (Su carencia puede producir la enfermedad o muerte).

De este papel sobre el autocuidado de la población se derivan las siguientes responsabilidades, que sitúan a la enfermera como garante de dicho autocuidado al ciudadano:

- Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.
- Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado o del cuidado a personas socialmente dependientes.
- Completar los déficits del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.
- Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Supervisar las acciones de cuidado para garantizar la seguridad.
- Sustituir al cuidador en las acciones de cuidado complejo en el periodo de aprendizaje de este y/o ante situaciones que supongan riesgo para las personas.
- Acompañar desde la presencia cuidadora en el proceso de salud y de la muerte.

FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las

condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida y son:

1.-FACTORES INTERNOS O PERSONALES:

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

Los Conocimientos: Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina 'clave para la acción' a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ejemplo., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden 'disparar' un cambio, lo cual indica por qué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos 'saludables', desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta. A estos conflictos, el Doctor Gustavo de Roux los denomina "paradojas comportamentales", que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos; un ejemplo podrían ser las situaciones relacionadas con el ejercicio, frente al cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana.

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

Las Actitudes: Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante...

Los hábitos: Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ejemplo. La actividad de rutina

2.-FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:

Cultural: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”.

No hay que olvidar que el estilo de vida depende del contexto desde donde se miren las cosas; por lo tanto, para analizar el autocuidado individual en el ámbito privado, hay que recurrir a un relativismo cultural puesto que la cultura es un determinante del estilo de vida; mientras que para observar el autocuidado colectivo, en el ámbito público, es

necesario recurrir al universalismo, es decir, a pensar globalmente para actuar localmente.

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ejemplo en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean 'vanidosas' y a los hombres se les dice lo contrario.

Científico y tecnológico: Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. Un ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos.

Físico, económico, político y social: Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

En el sector salud, se requiere avanzar en el análisis de las teorías aportadas por otras disciplinas como la antropología, la sociología, la filosofía, etc., con respecto a los condicionantes del autocuidado, en vista del gran divorcio existente entre las prioridades que tiene la gente frente al cuidado de su vida, y los comportamientos saludables esperados por los profesionales de la salud.

Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida: Información, educación y comunicación social: La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad,

campañas...) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular.

9.-MARCO CONTEXTUAL

3.-PAPEL DEL LA ENFERMERA EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para la profesional de enfermería, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo.

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado

de salud". Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere: Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.

Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás. 'la palabra enseña y el ejemplo arrastra'.

Evitar que sus intervenciones sean 'amenazantes' o 'coercitivas' para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: "más vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente"

Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de coerción sobre el paciente, aunque fuera por su bien”.

Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.

Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.

Estudiar mediante investigaciones cualitativas, con una visión antropológica, la ‘textura de la vida cotidiana’ y los imaginarios de la gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite, identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica y solo así, tener una visión más clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puede afirmarse que no es

solamente a la luz del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de autocuidado.

Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras) Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.

Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.

Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.

Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.

El cáncer se considera como una gran categoría de enfermedades relacionadas todas ellas con la disminución de células malignas. Es una proliferación desordenada y desenfrenada de las células normales del organismo las cuales se transforman en malignas dando lugar a la formación de tumores.

El cuidado de pacientes con enfermedades oncológicas terminales y el comportamiento y consuelo de sus familiares ya sea por muerte repentina o después de una enfermedad prolongada es una de las situaciones más difíciles en la práctica de Enfermería.

Se considera que un paciente con en enfermedad oncológica se encuentra en fase terminal cuando existe una falla progresiva de los mecanismos homeostáticos del cuerpo a medida que el individuo se torna más débil.

Este paciente se convertirá en enfermo presenta mucho síntomas y multicambiante que requiere de un enfoque ético y dinámico el cual requiere de una atención integral por parte del personal de enfermería para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible. Dentro de los síntomas que suelen aparecer esta. La anorexia es un síntoma frecuente. La pérdida del apetito causa sufrimiento al paciente y a la familia. El momento de la ingestión de alimentos se convierte y en un momento de angustia.

La anorexia que se presenta en el paciente oncológico en fase avanzada y terminal puede tener diversas causas. Estas pueden estar relacionadas directamente con la enfermedad-nauseas, vaciamiento

gástrico lento, irritación de la boca o de la garganta, sepsis, dolor, fatiga, deshidratación, estreñimiento, hipercalcemia, hiponatremia, insuficiencia renal o hepática-o deberse a los efectos del tratamiento antitumoral, tanto durante la fase de tratamiento como posterior a este, u obedecer a causas circunstanciales-olor de la comida durante la cocción, exceso de alimentos, dentadura mal ajustada.

Otras causas de la anorexia pueden estar asociadas a los estados emocionales-ansiedad, depresión presente en estos enfermos.

El manejo adecuado de la alimentación de estos pacientes permite no sólo satisfacer las necesidades físicas, sino también brindarles apoyo emocional y manifestar la preservación de la dignidad y de la autonomía del enfermo, contribuyendo a aumentar el bienestar subjetivo de los mismos y a mantener una calidad de vida aceptable.

El cuidado del paciente en fase avanzada y terminal puede tener lugar en el ambiente hospitalario o en su domicilio. En ambos casos debe procurarse que la alimentación se adapte lo más posible a las peculiaridades y condiciones de cada paciente. Todo ello con la base científica, filosófica y ética necesaria sin la cual pueden desarrollarse patrones inadecuados en la práctica y conducir a desarrollar debates idílicos alejados de la realidad.

Al adecuar la alimentación a un contexto personal único, que contemple las peculiaridades, necesidades y posibilidades concretas del enfermo, estamos dotando a esta actividad de toda su dimensión humana.

Según Kluber-Ross unas cuantas cucharadas de sopa casera pueden hacer más bien al paciente que una infusión intravenosa suministrada en el hospital. La anorexia coincide, en general con la caquexia en el llamado síndrome de anorexia-caquexia. La pérdida de peso es progresiva, no puede explicarse únicamente por la reducción en la ingestión de alimentos y no regresa aún cuando aumenten los niveles de ingestión, ya que parece estar relacionada con una incapacidad para retener las proteínas del tejido muscular. Todo ello conduce a una astenia grave y, finalmente, a la muerte. La anorexia agrava la caquexia pero no es su causa principal.

El momento de compartir la comida es importante en todas las culturas y en el ámbito familiar constituye, además, un momento de comunicación e intercambio. Por ello, la alteración del patrón de alimentación que tiene lugar en el paciente avanzado a terminal anoréxico tiene implicaciones no sólo físicas, sino que afecta otras esferas de la vida personal y contribuye a aumentar el displacer subjetivo en el enfermo.

La atención de un enfermo avanzado o terminal representa una fuerte carga física y emocional para el equipo terapéutico y para los familiares cercanos. Frente a un paciente anoréxico, es frecuente que los familiares y personas que lo atienden reaccionen presionándolo constantemente para que ingiera los alimentos, lo que no sólo no lo beneficia, sino que le causa mayor sufrimiento. La variación en la selección y presentación de los platos, la adecuación a las condiciones específicas y al gusto de cada paciente, el momento del día en que estos se ofertan, entre otros, son elementos básicos para lograr que las comidas constituyan una experiencia agradable para el enfermo. Se

plantea que se debe hacer énfasis en estas características más que en la cantidad de las comidas. Es importante el respeto a la autonomía del paciente.

La alimentación juega un papel muy importante en estos pacientes en fase avanzada o terminal. Opiniones de expertos coinciden en no aconsejar la nutrición, parenteral ya que esto no conlleva a un aumento de peso ni prolonga la vida, sin embargo, el papel que puede desempeñar un manejo adecuado de la alimentación, por vía oral en estos pacientes que puedan beneficiarse de ella, planteándose que en fase terminal resulta de poca utilidad. En estas acciones el enfermero juega un papel protagónico al ser la figura que más tiempo permanece al lado del paciente.

En el proceso de atención a los pacientes oncológicos se debe considerar además el dolor como un síntoma que habitualmente acompaña a las enfermedades y que llegar a determinar las vivencias que de ella se tenga. El dolor es una sensación, causada por la actividad de estímulos de naturaleza nociva, en la mayoría de los casos es un mecanismo protector que avisa al individuo que los tejidos están siendo dañados.

Es importante que la enfermera ayude al paciente y a sus familiares a mantener la dignidad y la ecuanimidad, algunos pacientes que saben que tienen cáncer manifiestan que temen al dolor o la desfiguración o cualquier otro aspecto específico de la enfermedad, la enfermera oncológica no debe perder de vista esta importante preocupación de sus pacientes, hay que hacer todo lo posible por ayudar al paciente a

mantener el respeto de sí mismo de cubrirlo durante los tratamientos, estricta atención a la limpieza, permitirle que participe en planear su cuidado cuando pueda hacerlo. Es importante considerar lo que dice el enfermo, ayudarle con paciencia a expresar sus temores y conversar con él, los pacientes que temen que el dolor pueda convertirse después en insoportable, la enfermera y el médico le explicarán el tratamiento actual para aliviar su dolor es importante que reciban la seguridad de este equipo, y que no lo abandonarán que estarán allí y le ayudarán a permanecer en el mejor estado posible, se ha demostrado que los pacientes que reciben apoyo emocional del personal de enfermería y respiran una atmósfera que fomenta dignidad y compañerismo experimentan menos dolor.

El sufrimiento constituye una reacción psicológica provocada por un hecho doloroso en este caso físico y de duración variable en dependencia del significado que para el sujeto tiene el hecho que lo provoca en muchos ocasiones al paciente con cáncer se le priva de una comunicación explícita acerca del diagnóstico de su enfermedad para evitar sufrimientos en ellos.

Estos pacientes en ocasiones se evaden de la realidad para evitar el sufrimiento y buscar salidas ideales a sus problemas, que en ocasiones lo hacen asumir una actitud de resignación y hasta de estoicismo que lo lleva a concluir que los hombres nacen para sufrir. Es importante que el personal de enfermería se proyecte acciones para contribuir a que el paciente acepte que el sufrimiento no es un mal necesario, ni el fruto de una maldición o castigo si no un aspecto propio del desarrollo de la vida humana.

Por lo que debemos crear la respuesta adecuada al hecho doloroso ante el cual el hombre debe demostrar poderío, fuerza, valor y grandeza para enfrentar la realidad con optimismo y así ganarle la batalla al sufrimiento.

3.1.-FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud:

-Información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida.

-Información, educación y comunicación social: La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas...) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de

manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular.

3.2.-ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es importante que el paciente y los familiares sientan que reciben la mejor atención posible. Para ello el personal de la salud debe entender que el paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el enfermo terminal.

Desde el punto de vista psicológico cuando al paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión, aceptación.

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

Muchas personas encuentran que su religión es de gran apoyo, con frecuencia buscan ese sostén en los representantes de su fe, incluso los incrédulos se encuentran reconfortados en creer en un ser superior. La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminada a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su

soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

La enfermera debe conocer que el síndrome de enfermedad terminal consta de tres fases:

Fase 1. Pre- diagnóstico y diagnóstico: intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo. Progreso anatómico y clínico de la enfermedad.

Fase 2. Enfermedad establecida: se caracteriza por el alivio de los síntomas y la instauración de las modalidades de tratamiento.

Fase 3. Deterioro y declinación: cuando no queda nada por hacer, se caracteriza por la aplicación de cuidados paliativos, ya que hay una falla de los mecanismos de homeostasis del organismo.

Las necesidades físicas del moribundo son similares a las de cualquier paciente muy grave, a menos que la muerte sea inminente.

La atención de enfermería relacionada con la falla de los mecanismos de homeostasis del cuerpo va encaminada:

1. Pérdida del tono muscular por la incapacidad del enfermo para controlar la defecación y la micción, se relaja el esfínter rectal y vesical y como resultado hay micción y defecación involuntaria:
 - Colocar sonda permanente aumentando diámetro de la misma paulatinamente.
 - Colocar culeros innovados con tirantes o desechables según preferencia y posibilidades.

- Cambiar de posición para evitar las úlceras por decúbito según estado del paciente.
 - Perfumarlos y utilizar desodorantes para evitar aires desagradables.
 - El paciente necesitará medidas de apoyo (almohadas) para facilitar cambios de posición y evitar estancamiento de la sangre.
 - Colocar colchón de aire .
 - Curar lesiones que aparezcan.
2. Disminución del peristaltismo: el paciente está anoréxico pero suele desear sorbos frecuentes de agua, es posible que tenga seca la boca por la deshidratación y febrícula que precede a la muerte:
- Mantener buena higiene bucal.
 - Alimentación parenteral según estado, ya que se distiende el abdomen y puede causar náuseas.
 - Tomar sorbos de agua de vez en cuando.
3. Enlentecimiento de la circulación: las extremidades se tornan cianóticas frías y pegajosas:
- Tratar de administrar por vía intravenosa los analgésicos ya que como la circulación disminuye se reduce eficacia de los analgésicos.
 - Aplicar pirámide analgésica, para administrar narcótico, se debe usar frecuente, sin interrupción por vía subcutánea ya que la vida media del medicamento dura más en sangre, en los dolores muy intensos usar narcótico endovenoso.

4. Deterioro respiratorio:

- Aspirar garganta si es necesario, para garantizar vías permeables.
- Posición de fowler aumenta ventilación pulmonar, promueve drenaje de secreciones bucales y evita la broncoaspiración.
- Administrar oxígeno según necesidad.
- Brindar apoyo emocional.

5. Pérdida de los sentidos:

a) Visión borrosa.

- Habitación iluminada para preferencia del paciente.
- Quitar secreciones con algodón en solución salina.
- Instilar ungüento oftálmico.
- Tapar ojos si es necesario con apósitos oculares, evita úlceras corneales.

b) Audición: es el último sentido que desaparece:

- Aunque el paciente no puede responder, suele comprender lo que hablan las personas.

La comunicación con estos pacientes debe centrarse en:

1. Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, aunque en ocasiones es innecesario decirle toda la verdad, pero lo que se diga debe corresponderse con ella.

2. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto.
3. La muerte no debe centrarse como único tema de conversación.
4. Considerar lenguaje verbal y no verbal.
5. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.
6. No perder el orden del relato, estimular a continuar tema.
7. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.
8. Estimular al control de la toma de decisiones.
9. No reprimirle reacciones emocionales de ira y de cólera, permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión dejarlo solo cuando lo desee.
10. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos.
11. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.
12. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal.
13. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros.

Ayudar al paciente a morir con dignidad es un reto de la Ética médica. Dignidad significa merecer respeto, no ser tratado con lástima ni vergüenza.

La ética médica es la ciencia que tiene como objeto de estudio la moral. Depende de la realidad de la actividad que realiza la persona, la cultura, sistema social etc. Es necesario tratar de integrar los principios éticos dictados en el Belmont Report.

Autonomía. Hasta ahora se tenía una actitud paternalista con los enfermos. Los médicos principalmente, decidían lo que era bueno o malo para ellos. Hoy, cada vez se tienen más en cuenta las decisiones del niño si es mayor, del adulto y en todos los casos de su familia, sus preferencias o sus negativas a aceptar un determinado tratamiento o una acción concreta.

Beneficencia. Se debe actuar buscando siempre el bien del paciente, no ensañarse terapéuticamente, aplicar medidas paliativas de alivio de síntomas y dificultades.

Justicia. En las prestaciones asistenciales se debe conseguir para todos los pacientes sin discriminación alguna, el mejor resultado al menor coste económico, humano y social. Los pacientes terminales tienen el derecho de recibir la misma calidad de la atención que otros pacientes de mejor pronóstico.

Además del derecho a la intimidad, fidelidad, el respeto, carácter, veracidad, tendremos en cuenta el doble efecto: que justifica algunas acciones y produce tantos efectos positivos como negativos.

En la práctica médica de oncología surgen dilemas que dan origen a una discusión moral, el dilema es un conflicto donde hay que elegir entre dos alternativas indeseables y hay que elegir la menos grave:

- Órdenes de no reanimación: cuando un paciente está capacitado para no ser reanimado, la decisión para no ser reanimado debe

respetarse, lo cual justifica el principio de autonomía. Esto no quiere decir que no se atiendan otras necesidades.

- Apoyo vital: la enfermera se expone a la difícil situación de medidas de apoyo vital, cuando la condición del paciente es infructuosa. Entablar niveles de comunicación es tal vez el recurso de estos dilemas. Ampliar la comunicación con la familia.
- Alimentos, líquidos e hidratación: aunque el paciente pida que no se le administre siempre debe mantenerse ya que se puede infringir en un daño al interrumpir el sustento. Sin embargo, pueden haber procesos en los que la alimentación y la hidratación sean intentos vanos para mantener la vida.
- Control del dolor. Estos pacientes requieren de cantidad de narcóticos que disminuyen la función respiratoria, lo que se justifica por el doble efecto.

El uso de dosis menores, la valoración del dolor puede parecer un dictamen clínico, también un juicio moral en cuanto se toma una resolución de valores sobre el dolor de otra persona.

Si el paciente decide para poner sus papeles y asuntos en orden hay que respetárselo.

Una vez llegado el momento de la muerte se debe:

- Proceder con respeto.
- Cerrar ojos.
- Anotar hora de cese de los signos vitales.

- Colocar posición supina en cama con almohada debajo de la cabeza para evitar hipoestasia postmortem que puede cambiar el color de la cara.
- Acomodar cuerpo inmediato antes que se ponga rígido.
- Asear cuerpo para que parezca limpio, tranquilo y cómodo.
- Introducir dentadura después de la muerte.
- Colocar tapones en recto y vagina.
- Unir tobillos y muñecas.
- Identificar cadáver y cubrirlo.
- Dar prendas y ropas a los familiares, consolarlos y apoyarlos durante el duelo.
- Una habitación oscura reconforta.

Nos corresponde como profesionales ofrecer la mejor atención al paciente, que satisfagan todas estas necesidades antes mencionadas y tratar al paciente con la mayor ética posible que le permita un tránsito seguro hasta un fin compasivo.

La importancia desde el punto de vista humano y profesional que encierra este tema motivó a realizar esta investigación con enfermeros del centro, con el objetivo de valorar la atención de enfermería al paciente en estadio terminal, y como objetivos específicos, analizar sobre el conocimiento del personal de enfermería de las alteraciones psíquicas y físicas del paciente, identificar sentimientos hacia el paciente y algunos problemas de actitud y comunicación, describir la atención de enfermería durante el síndrome de estadio terminal y después de la muerte.

Aspectos psicológicos Antes

Cuando diagnostican un cáncer se produce unos desajustes que repercuten en todos los planos del enfermo como de la familia:

- Pierde la fe y la esperanza en la vida.
- Sus pensamientos a futuro son negativos y no ven metas a futuro.
- Les aterra sus repentinos cambios emocionales, experimentan miedo, enfado, rabia, autocompasión y autoestima baja por cambios físicos.

El esfuerzo de un enfermo de cáncer por responsabilizarse y participar de su enfermedad comenzar lo antes posible para intentar movilizar el deseo de vivir.

El enfermo debe ser escuchado, atendido y apoyado en todo momento. La comunicación es básica para el proceso.

Antes del tratamiento y después del diagnóstico

- Toma de conciencia del momento de la enfermedad, de la nueva vida.
- Superar el resentimiento y los miedos
- Importancia de su participación en la enfermedad.
- Importancia del pensamiento positivo.
- Importancia de la fe y la esperanza.

Durante el Tratamiento

- Trabajar en la autoestima; importancia de las pautas de autocuidado.
- Ver la enfermedad como un aprendizaje y una transformación.

- Participar activamente en su salud.
- Aprender a relajarse para hacer frente al dolor.
- Como manejar mente y emociones para influir positivamente en su enfermedad.
- Crear futuro y establecer metas
- Trabajar los cuatro pilares del momento; fe, esperanza, paz y paciencia.
- Autoestima
- Cuidados físicos y estéticos.
- Visualizar el efecto positivo del tratamiento y recuperación.
- Cuando

4.1- CALIDAD DE VIDA

Aunque la mayoría de las personas comprenden intuitivamente las connotaciones que implica la expresión «calidad de vida», ha sido, sin embargo, extremadamente complicado para los especialistas en la salud, tanto del ámbito social como sanitario, obtener una definición precisa. A menudo el término «calidad de vida» es utilizado por el personal científico sin ningún tipo de definición explícita, abarcando elementos muy dispares con objeto de poder cuantificarlo, como puede ser desde la pérdida de peso hasta medidas estandarizadas psicológicas del diestrés emocional.(Jr, 1988)

Afortunadamente cada vez existe un mayor consenso sobre la correcta definición de «calidad de vida». Las definiciones más aceptables son :

— «Calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo.»

— «La calidad de vida se refiere a la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal.»

La primera definición pone énfasis sobre la subjetividad de la medición y la importancia de una valoración global. El segundo caso también se basa en la subjetividad de la valoración y además en la preferencia o valor dado al estado normal o ideal de salud para un paciente.(A, 1994)

Podemos decir que el término calidad de vida, como parámetro de las ciencias de la salud, hace referencia tanto al estado funcional como al estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud.(S, 1994)

La mayoría de los expertos en este campo perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores. Estos factores incluyen fundamentalmente:

— Estado y funcionamiento a nivel físico. Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.

Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento. Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.

— Funcionamiento psicológico. Ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento.

— Funcionamiento social. Alteraciones en la actividad social normal. A estos factores se suelen añadir otros factores como pueden ser los relativos al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual e imagen corporal, así como el referido a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos.(Lic. Silvia Aibar)

4.2.-Escala valorativa de calidad de vida

ESCALA DE KARNOFSKY		
Karnofsky DA, Abelmann WH, Graver LF, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom." CANCER 1948; 1: 634-56		
Actividades	Puntuación	Equivalente físico
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad	100	Capaz de trabajo y actividad normales, sin necesidad de cuidados especiales
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves	90	
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos	80	
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo	70	No apto para el trabajo. Capaz de vivir en la casa, satisfacer la mayoría de sus necesidades. Necesita una ayuda de importancia variable
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades	60	
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente	50	
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales	40	Incapaz de satisfacer sus necesidades, necesita asistencia equivalente a la de un hospital. La enfermedad puede agravarse rápidamente.
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte.	30	

activo		
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario	20	
Moribundo, irreversible	10	
Muerto.	0	Muerto

La fatiga relacionada con el cáncer es una fatiga crónica, persistente, prolongada, recidivante, y debilitante, lo que la diferencia de la fatiga aguda o cansancio normal, de instauración rápida, corta duración y que se resuelve con el descanso.

La respuesta humana que denominamos FATIGA, tiene las siguientes características que la definen:

1. Incapacidad para recuperar la energía, incluso después del sueño.
2. Falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física.
3. Necesidad de descansar
4. Verbalización y percepción de necesitar más energía adicional para realizar las tareas habituales
5. Aumento de las quejas físicas
6. Compromiso de la concentración.
7. Desinterés por el entorno, introspección
8. Disminución en la ejecución de las tareas

9. Compromiso de la libido

10. Somnolencia

11. Sentimiento de culpa por la no asunción de las responsabilidades de la manera deseada

4.3.-Causas de la fatiga crónica en el paciente oncológico

Es el síntoma más frecuente comunicado por los pacientes oncológicos, entre el 70-95% tienen fatiga en algún momento de su proceso.

Factores causales:

1. Factores intrínsecos: Se presenta con más frecuencia en mujeres y ancianos.

2. Factores relacionados con la enfermedad: Algunos tipos de cáncer como el de pulmón, páncreas, gástrico, linfomas, síndrome mielodisplásico, mieloma múltiple y leucemias, producen un mayor grado de fatiga.

3. Factores relacionados con el tratamiento antineoplásico:

- Cirugía: Debido al estrés que causa el proceso peroperatorio, alcanzando una duración máxima de 7 días. Mejora con el tiempo y se agrava con la fatiga añadida producida por otros tratamientos.

- Quimioterapia: Puede ser tan intensa que obligue a suspender el tratamiento. La fatiga suele iniciarse a los 3-4 días de comenzar el tratamiento, para ser máxima a los

10 días aproximadamente. Su intensidad varía en función de la duración y el esquema utilizado. Los platinos y taxanos están considerados como los agentes que provocan este síntoma con más frecuencia. Mujeres supervivientes de trasplante autólogo de medula ósea y quimioterapia a altas dosis refirieron fatiga de 4 a 10 años pos tratamiento

- Radioterapia: La fatiga es un efecto secundario muy frecuente, llegando a persistir hasta 3 meses después de haber finalizado las sesiones. el grado es directamente proporcional a la duración y dosis de radioterapia, así como la irradiación de zonas amplias, como por ejemplo en la irradiación corporal total.

- Bioterapia: expone a los pacientes a citoquinas exógenas y endógenas, el tipo de agente utilizado puede influir en el grado de fatiga. Destacan: Interferón, interleucina-2, factores de necrosis tumoral y factores de estimulación de colonias de granulocitos y macrófagos.

Factores desencadenantes

Anemia

Puede aparecer en más del 50% de los pacientes con cáncer. la severidad de los síntomas depende del grado de anemia, de la rapidez en su aparición, de los mecanismos compensatorios y del estado fisiológico del paciente. La anemia grave se asocia a menudo a una mayor sensación de fatiga.

Los últimos estudios demuestran que los niveles de hemoglobina entre 9-11g/dl interfieren en la calidad de vida, por lo que el objetivo será mantener la hemoglobina en niveles superiores a 13 g/dl.

Dolor

El dolor mal controlado puede tener una relación directa con el grado de fatiga existente. El dolor crónico en el paciente con cáncer puede provocar la reducción de actividades, disminución del apetito, alteraciones del sueño e incluso depresión. Todo ello puede contribuir a la aparición de fatiga.

Alteraciones emocionales

La sensación de pérdida de la salud puede provocar estados emocionales que van desde la tristeza a la ansiedad y/o depresión.

El miedo al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico provoca un mayor grado de ansiedad, la pérdida de interés por las cosas, la dificultad de atención y concentración, la astenia y el sentimiento de tristeza pueden causar síntomas físicos de fatiga que a menudo se confunden con el síndrome de fatiga crónica.

Alteraciones en el sueño

El cambio en el ritmo del sueño son una respuesta frecuente a la enfermedad, al tratamiento y a las modificaciones del entorno. El insomnio y la falta de descanso aumenta cualquier problema de fatiga existente, así pues reduciendo este síntoma se mejora la calidad de vida del paciente.

Nutrición

Mantener un adecuado equilibrio nutricional en los pacientes oncológicos resulta complicado. La propia enfermedad y los efectos secundarios relacionados con el tratamiento provocan déficits nutricionales que contribuyen a aumentar la debilidad y la fatiga en estos pacientes.

Inactividad física

La disminución de la actividad física a la que se ve obligado el paciente debido a su enfermedad provoca un desequilibrio entre reposo y actividad que puede incrementar la sensación de fatiga.

Fármacos concomitantes

Con frecuencia los opiáceos usados como tratamiento para el dolor oncológico causan somnolencia y esto a su vez pueden contribuir a la presencia de fatiga. La fatiga es crónica en el paciente oncológico.

Otras patologías

La presencia de patologías concomitantes además del cáncer ó como consecuencia del mismo, pueden agravar la sintomatología del paciente oncológico.

Objetivo

Como hemos visto hasta ahora, la fatiga es un síntoma frecuente en el paciente oncológico. Además, se trata de una experiencia subjetiva, con una intensidad diferente en cada paciente y de etiología multifactorial.

El objetivo de este protocolo es asegurarnos que todos los pacientes con cáncer que presenten fatiga sean identificados y tratados lo más rápida y eficazmente posible.

Valoración

Es necesario que exista una comunicación efectiva entre profesional, paciente y familia, además del uso de instrumentos estandarizados de medición y un examen físico completo para el manejo de la fatiga.

La valoración se inicia con la obtención de una historia completa, que nos proporciona información sobre factores físicos y psíquicos. Nos ayudará a identificar los recursos de los que el paciente dispone para adaptarse a esta nueva situación.

Se debe incluir en la valoración:

1.- Confirmación de la presencia ó ausencia de la fatiga: Existen diferentes medidores de la fatiga, la elección depende de las propiedades que la enfermera/o encuentre al instrumento de medida para el uso y evaluación periódica.

- Escala numérica tipo EVA (Escala Visual Analógica) de 0-10 que podemos clasificar, como: nivel de fatiga bajo (1-3), medio (4-6) o alto (7-10).
- Escalas analógicas visuales: son escalas que numeran de 0-10, siendo 0 la ausencia de cansancio y 10 el máximo cansancio percibido.
- Rhoten Fatigue Checklist: contiene 4 categorías: apariencia general, comunicación, actividad y actitud.
- Piper fatigue scale: se trata de la 1ª escala validada y la que mejor desarrolla el aspecto multidimensional de la fatiga, relacionada con el cáncer.
- Método de Aistar: consiste en anotar los niveles de fatiga cada hora durante 24 horas eligiendo un día normal de la vida del paciente.
- Cáncer Fatigue Scale: mide los niveles de 3 dimensiones de la fatiga: física, afectiva y cognitiva. Es un instrumento corto y simple que se completa en 2 minutos, incluso en pacientes con cáncer avanzado, además se ha testado su utilidad incluso cuando se realiza por teléfono.

La mayoría de estos cuestionarios están validados en lengua inglesa y para su población por tanto deberíamos adaptarlas a nuestro lenguaje e idiosincrasia para validarlas y aplicarlas a nuestra comunidad.

2.- Cuando el resultado de la primera evaluación sea ausencia ó nivel bajo, se recomienda el seguimiento periódico y frecuente de estos pacientes, ya que la fatiga podría aparecer o aumentar de nivel incluso después del tratamiento activo.

3.- Cuando se clasifica como medio ó alto se deberá proseguir a una más detallada valoración para posteriormente crear un plan de cuidados individualizado.

Datos Objetivos:

- Valoración física: edad, signos vitales, antecedentes patológicos, resultados analíticos, presencia de síntomas relacionados con la fatiga (disnea, insomnio, etc.), capacidad funcional ,estado nutricional.
- Historia de la enfermedad y del tratamiento: estadio de la enfermedad, tipo y duración de los tratamientos recibidos, tolerancia y relación con el nivel de fatiga.
- Fármacos concomitantes al tratamiento oncológico: si coexisten mórficos, psicotrópicos, antieméticos y/ o antihistamínicos puede que se potencien y contribuyan al aumento de nivel de la fatiga.
- Cumplimiento con el tratamiento.

Datos subjetivos: Descripción del paciente de la sensación de fatiga.

- Historia de la fatiga: inicio, duración, factores desencadenantes, intensidad, progresión y mecanismo que la empeoran o mejoran.
- Signos y síntomas individuales: ojos cansados, sueño, irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, etc.
- Cambios en la rutina habituales y efectos en las actividades de la vida familiar.
- Cómo se relacionan los tratamientos con la fatiga.

- Cambios en el patrón del sueño: costumbres y ritmos sobre el descanso.
- Dolor: tipo, localización e intensidad.
- Relaciones personales significativas: cuidador principal.
- Estado psicológico: ansiedad, depresión, incapacidad para concentrarse, labilidad emocional.

Datos socio económicos

- Rendimiento laboral.
- Recursos sociales, laborales, económicos y familiares de los que dispone.

Fatiga crónica en el paciente oncológico

La valoración de todos estos parámetros ofrece al cuidador una visión global de cómo la fatiga influye en la sensación de bienestar del paciente.

Se debe centrar la atención en las causas que son factibles de tratar (anemia, alteraciones metabólicas, deshidratación, fiebre, infección...) y en aquellas en las que las intervenciones puedan mejorar el sentimiento de bienestar y la capacidad funcional de los pacientes.

Plan de cuidados

Para la elaboración de este plan de cuidados se ha utilizado la taxonomía diagnóstica NANDA así como la NOC para los objetivos y la NIC para las intervenciones.

Diagnósticos de enfermería

1. Falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física
2. Aumento de los requerimientos de descanso
3. Alteración del estado nutricional.
4. Déficit de autocuidado

Objetivos

1. Conservar el grado de energía necesario para iniciar y mantener la actividad.
2. Mantener el estado nutricional del paciente.
3. Aumentar la tolerancia a la actividad.
4. Promover el autocuidado del paciente dentro de sus posibilidades.

Plan de Cuidados

Intervención	Actividades	Acciones
- Fomento del ejercicio: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.	- Valorar los conocimientos del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. - Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de	- Enseñar ejercicios de precalentamiento/relajación adecuados. - Ayudar a establecer metas a corto y largo plazo. - Realizar ejercicios pasivos. - Establecer programas de movilización progresiva.

	<p>ejercicios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir a la familia /cuidadores en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. - Informar al paciente a cerca de los beneficios positivos del ejercicio. - Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener alineación corporal - Estimular deambulaci3n - Proporcionar respuesta positiva ante sus logros - No hacer ejercicio en caso de fatiga inusual, fiebre, debilidad muscular, pulso irregular, dolor torácico, nauseas, v3mitos en las últimas 24-36 horas, disnea 3 quimioterapia 24 horas antes.
<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de la medicaci3n: facilitar la utilizaci3n segura y efectiva de los medicamentos prescritos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la eficacia de la v3a de administraci3n del f3rmaco - Observar efectos terap3uticos de la medicaci3n 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y registrar las alergias del paciente - Verificar la medicaci3n antes de su administraci3n - Comprobar la fecha de caducidad del envase

	<ul style="list-style-type: none"> - Observar los posibles signos y síntomas de toxicidad - Educar al paciente y cuidadores en el manejo de la administración del fármaco - Instruirles sobre la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación - Valorar el impacto de la medicación en su estilo de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la capacidad para automedicarse - Dar información y aclarar dudas en relación al manejo de los fármacos - Proporcionar planilla que indica la hora, cantidad, nombre y como tomar medicación
<p>- Manejo del dolor: Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad del dolor 	<p>No juzgar si el paciente tiene o no dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medir la intensidad del dolor mediante una Escala Visual Analógica(EVA) - Administrar analgésicos

	<p>y factores desencadenantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar claves no verbales de molestias - Asegurarse de que reciba los cuidados analgésicos necesarios - Considerar las influencias culturales - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida - Ayudar al paciente y familia a obtener y proporcionar apoyo - Proporcionar información acerca del dolor - Seleccionar y desarrollar las 	<p>prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> - No usar placebos - Disminuir estímulos dolorosos - Buscar medidas no farmacológicas complementarias de tratamiento del dolor: Relajación, creación de imágenes mentales, distracción, hipnosis, estimulación cutánea con presión, frío, calor, estimulación eléctrica transcutánea en el nervio (TENS) - Proporcionar diario para el control del dolor ,para que registre la efectividad ó no de los tratamientos - Informar e instruir para que entienda que el uso de analgésicos NO LES
--	---	--

	medidas que faciliten el alivio del dolor - Fomentar periodos de descanso/sueño que faciliten el alivio del dolor.	CREA ADICCIÓN, NI LES HACE DROGODEPENDIENTES
Ayudar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria.	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir sus autocuidados Ajustar las actividades de la vida diaria según nivel de capacidad - Enseñar a los cuidadores a intervenir sólo	- Promover la independencia y el autocuidado - Proporcionar objetos personales deseados - Promocionar la enseñanza del autocuidado: Adaptar el lenguaje a la capacidad de comprensión -Utilizar varios métodos simultáneamente(folletos audiovisuales) -Propiciar preguntas , informándoles de lo que se espera conseguir -Aprovechar los momentos

	<p>cuando el paciente no pueda realizar la acción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados. 	<p>de mayor energía del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinar la enseñanza con la familia
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar los sistemas de apoyo: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo - Valorar el grado de apoyo familiar - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias - Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar empatía y escucha activa - Ayudar a identificar las necesidades de apoyo - Explicar a la familia y/o amigos como pueden ayudar - Promover un programa de reintegración social que incluya: <ul style="list-style-type: none"> Personas de mayor afinidad, temas de interés común -Técnicas de habilidades sociales para evitar el aislamiento del

	intereses y metas. - Informar de los actuales sistemas de apoyo	paciente y familia - Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno - Poner en contacto con los servicios sociales de su área.
--	--	---

(Networt, 2004)

Conductas generadoras de salud – Actividades de prevención		
Servicio de enfermería	Atención de enfermería	Diagnostico
1. Promoción de hábitos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer estilos de vida saludables, - Evitar hábitos de vida insalubres, - Evitar conductas de riesgo (tráfico, alcohol,...). - Evitar hábitos tóxicos. - Evitar el tabaquismo pasivo. - Evitar enfermedades transmisibles 	Conductas generadoras de salud.
2. Promoción de la higiene y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar la seguridad en el hogar. - Abordar el manejo seguro de medicamentos. - Manejar la automedicación responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de caídas. Riesgo de lesión. Riesgo de asfixia. Riesgo de intoxicación. Riesgo de traumatismo. Riesgo de retraso en el desarrollo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar la prevención de caídas y accidentes. - Abordar el uso de vestimentas adecuadas. - Fomentar la higiene corporal salubre. - Fomentar la higiene bucal salubre. 	<p>Déficit autocuidado: baño/higiene.</p> <p>Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento</p>
<p>3. Promoción de hábitos nutricionales saludables.</p>	<p>Abordar los hábitos nutricionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir conductas de riesgo alimentarias. - Prevenir trastornos en la conducta alimentaria. 	<p>Conductas generadoras de salud.</p> <p>Disposición para mejorar la nutrición.</p> <p>Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.</p> <p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos</p>
<p>4. Promoción de la lactancia materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar la promoción a la lactancia materna. - Manejar el apoyo a 	<p>conductas generadoras de salud.</p> <p>Lactancia materna eficaz.</p>

	<p>la lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejar la introducción de alimentación complementaria. 	
5. Promoción de la eliminación efectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar hábitos saludables de eliminación. - Prevenir la incontinencia urinaria. - Prevenir el estreñimiento. 	<p>Conductas generadoras de salud.</p> <p>Disposición para mejorar la eliminación urinaria.</p> <p>Riesgo de estreñimiento.</p>
6. Promoción de la actividad física efectiva.	<p>Manejar el fomento de la actividad física reglada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar el ejercicio para la salud. - Abordar el manejo de la energía. - Abordar la prevención del sedentarismo. - Abordar las limitaciones para las AVD 	<p>Riesgo de intolerancia a la actividad.</p> <p>Conductas generadoras de salud.</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos</p>

7. Promoción del ocio y entretenimiento satisfactorio	Abordar estilos de vida aburridos. - Abordar la satisfacción con el ocio	Disposición para mejorar la comunicación. Riesgo de baja autoestima situacional.
8. Promoción sueño y descanso efectivo	- Abordar hábitos saludables del sueño. - Prevenir problemas de sueño.	Disposición para mejorar el sueño
9. Prevención de problemas sensoriales	- Abordar hábitos saludables en el uso de los sentidos. - Prevenir problemas visuales. - Promover la higiene visual. - Prevenir problemas auditivos. - Promover la higiene auditiva.	Riesgo de lesión. Riesgo de retraso en el desarrollo. Conductas generadoras de salud
10. Prevención de problemas cognitivos/ conductuales.	- Prevenir el deterioro cognitivo. - Prevenir problemas de conducta.	Conductas generadoras de salud. Riesgo de conducta desorganizada del

	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir el riesgo psicosocial. - Prevenir y detectar el maltrato. - Detectar deterioros cognitivos 	<p>lactante.</p> <p>Disposición para mejorar la conducta del lactante</p> <p>Disposición para mejorar el rol parental.</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento.</p>
<p>11. Prevención de problemas de relación/ Comunicación.</p>	<p>Fomentar las relaciones sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar las relaciones familiares. - Fomentar la comunicación familiar. - Abordar el cuidado del niño prematuro. - Prevenir problemas en el cuidador y/o familia - Prevenir problemas psicosociales y violencia familiar. 	<p>Riesgo de soledad.</p> <p>Disposición para mejorar los procesos familiares.</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.</p> <p>Riesgo cansancio en desempeño del rol de cuidador.</p>
<p>12. Fomento de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir embarazos 	<p>Conductas</p>

<p>sexualidad saludable</p>	<p>no deseados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir E.T.S. - Fomentar prácticas sexuales seguras. - Manejar los métodos anticonceptivos. - Prevenir los problemas relacionados con el climaterio. - Detección precoz del cáncer de cérvix. - Detección precoz del cáncer de endometrio. - Detección precoz del cáncer de mama. 	<p>generadoras de salud.</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos.</p> <p>Conocimientos deficientes.</p>
------------------------------------	---	---

Situaciones de déficit de autocuidados.

Servicio de Enfermería	Atención de Enfermería	Diagnostico
<p>1. Atención al desarrollo del adulto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia del crecimiento físico. - Seguimiento del control del peso. - Abordar el envejecimiento precoz. - Manejar el consumo excesivo de alcohol. - Manejar el consumo de tabaco. - Actualizar el estado de vacunación 	<p>Desequilibrio nutricional: por defecto.</p> <p>Desequilibrio nutricional: por exceso.</p> <p>Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo.</p> <p>Riesgo crecimiento desproporcionado.</p> <p>Protección inefectiva.</p>
<p>2. Atención a la nutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar problemas dietéticos. - Abordar conductas nutricionales desadaptadas. - Manejar problemas en alimentación autónoma. - Manejar el 	<p>Desequilibrio nutricional: por exceso.</p> <p>Desequilibrio nutricional: por defecto.</p> <p>Riesgo desequilibrio nutricional exceso.</p> <p>Déficit de autocuidado:</p>

	<p>sobrepeso y la obesidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejar el bajo peso y la desnutrición. - Manejar la deshidratación. 	<p>alimentación.</p> <p>Deterioro de la deglución.</p>
<p>3. Atención a la integridad de piel y mucosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar abscesos, fístulas, úlceras. - Manejar heridas, quemaduras, erosiones. 	<p>Deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Deterioro de la integridad tisular.</p> <p>Perfusión tisular inefectiva.</p> <p>Riesgo de infección.</p>
<p>4. Atención a la circulación periférica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar contusiones y hematomas. - Abordar úlceras varicosas. - Resolver problemas con inmovilizaciones. 	<p>Perfusión tisular inefectiva.</p> <p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica.</p>
<p>5. Atención a la termorregulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar la temperatura corporal elevada. - Manejar la temperatura corporal 	<p>Hipertermia.</p> <p>Hipotermia.</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura</p>

	inferior a la adecuada.	corporal. Termorregulación ineficaz.
6. Atención a la eliminación	<p>Manejar el estreñimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejar la diarrea. - Manejar la incontinencia fecal. - Manejar problemas en la eliminación autónoma. - Manejar a la incontinencia urinaria. - Abordar la retención urinaria 	<p>Estreñimiento.</p> <p>Riesgo de estreñimiento.</p> <p>Diarrea.</p> <p>Déficit de autocuidado: uso inodoro..</p> <p>Incontinencia fecal.</p> <p>Estreñimiento subjetivo.</p> <p>Incontinencia urinaria de urgencia.</p> <p>Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria.</p> <p>Incontinencia urinaria refleja.</p> <p>Incontinencia urinaria de esfuerzo.</p> <p>Incontinencia urinaria funcional.</p> <p>Incontinencia urinaria</p>

		total. Retención urinaria.
7. Atención a la actividad física / movilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar el cansancio físico prolongado. - Manejar la debilidad muscular. - Abordar la disminución del nivel habitual de actividad física. - Manejar el sedentarismo. - Abordar la ausencia de movilidad autónoma. - Abordar la movilidad limitada. - Abordar la movilidad en silla de ruedas. 	<p>Fatiga.</p> <p>Riesgo de síndrome de desuso.</p> <p>Intolerancia a la actividad.</p> <p>Riesgo de intolerancia a la actividad.</p> <p>Sedentarismo.</p> <p>Deterioro de la movilidad en la cama.</p> <p>Deterioro de la movilidad física.</p> <p>Deterioro de la habilidad para la traslación.</p> <p>Deterioro de la deambulaci3n.</p> <p>Deterioro de la movilidad en silla de ruedas</p>
8. Atención a la respiraci3n	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar la traqueotomía. - Abordar problemas respiratorios 	<p>Patr3n respiratorio ineficaz.</p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso.</p>

	<p>en fumadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar problemas respiratorios alérgicos. - Manejar el asma. - Manejar el EPOC 	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas.</p> <p>Perfusión tisular inefectiva</p>
9. Atención al sueño y el descanso	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar el sonambulismo. - Manejar las pesadillas. - Abordar el insomnio. 	<p>Depravación del sueño.</p> <p>Deterioro del patrón del sueño.</p>
10. Atención cognitiva y conductual	<p>Abordar conductas auto lesivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar conductas violentas. - Abordar conductas pasivas, desinterés. - Abordar conductas desadaptadas. - Manejar de la demencia. - Abordar la disminución de memoria. 	<p>Riesgo de automutilación.</p> <p>Riesgo de violencia autodirigida.</p> <p>Riesgo de suicidio.</p> <p>Automutilación.</p> <p>Riesgo de violencia dirigida a otros.</p> <p>Interrupción de los procesos familiares.</p> <p>Conflicto del rol parental.</p> <p>Afrontamiento defensivo.</p> <p>Afrontamiento familiar incapacitante.</p>

		<p>Afrontamiento familiar comprometido.</p> <p>Negación ineficaz.</p> <p>Síndrome postraumático.</p> <p>Deterioro de la memoria.</p> <p>Confusión crónica.</p> <p>Trastorno de los procesos del pensamiento.</p> <p>Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo.</p>
11. Atención sensorial	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar del dolor. - Manejar alteraciones sensoriales. 	<p>Dolor agudo</p> <p>Dolor crónico</p>
12. Atención emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar la ansiedad. - Abordar la desesperanza. - Manejar el estrés. - Manejar estados depresivos. - Abordar el miedo y 	<p>Ansiedad.</p> <p>Riesgo de baja autoestima situacional.</p> <p>Trastorno de los procesos del pensamiento.</p> <p>Sufrimiento espiritual.</p>

	<p>la inseguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejar la sensación de impotencia. - Abordar la tristeza. - Manejar problemas de autoestima. - Abordar crisis personales. 	<p>Riesgo de sufrimiento espiritual.</p> <p>Aflicción crónica.</p> <p>Desesperanza.</p> <p>Trastorno de los procesos del pensamiento.</p> <p>Temor.</p> <p>Baja autoestima crónica.</p> <p>Baja autoestima situacional</p>
<p>13. Atención a la relación y comunicación</p>	<p>Abordar crisis familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar dificultades comunicación de padres e hijos. - Abordar dificultades con el lenguaje. - Abordar problemas de relación familiar. - Abordar problemáticas psicosociales. 	<p>Deterioro de la comunicación verbal.</p> <p>Deterioro de la interacción social.</p> <p>Aislamiento social.</p> <p>Riesgo de soledad.</p> <p>Interrupción de los procesos familiares.</p> <p>Duelo disfuncional.</p> <p>Duelo anticipado.</p> <p>Riesgo deterioro de vinculación padres y lactante.</p> <p>Desempeño</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar sentimientos de soledad. - Abordar situaciones de duelo disfuncional. - Manejar situaciones de duelo. - Abordar dificultades de padres con recién nacido. - Abordar dificultades en los cuidados del bebé. - Abordar problemas en la educación de los hijos. - Abordar situación social del cuidador. - Abordar la educación parental. 	<p>inefectivo del rol.</p> <p>Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.</p> <p>Riego cansancio en desempeño del rol de cuidador.</p> <p>Sufrimiento espiritual.</p> <p>Riesgo de sufrimiento espiritual</p>
14. Atención al ocio y entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar problemas de ocio. 	<p>Déficit de actividades recreativas.</p> <p>Afrontamiento familiar incapacitante.</p>

		Afrontamiento familiar comprometido
15. Atención a la Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar problemas con la propia sexualidad. - Abordar la función sexual insatisfactoria. - Abordar situaciones de agresión sexual. - Abordar problemas relacionados con el climaterio. 	<p>Disfunción sexual. Patrones sexuales inefectivos.</p> <p>Síndrome traumático de la violación.</p> <p>Síndrome traumático violación: reacción compuesta.</p> <p>Síndrome traumático de la violación: reacción silente.</p>

(Cacha, 2009)

Situaciones de afrontamiento y adaptación.

Servicio de Enfermería	Atención de Enfermería	Diagnostico
1. Adaptación a los problemas de salud	<p>Manejar la información del problema y sus repercusiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar la adaptación a las nuevas rutinas de cuidados. - Manejar la evolución. 	<p>Conocimientos deficientes.</p> <p>Manejo inefectivo del régimen terapéutico.</p> <p>Manejo efectivo del régimen terapéutico.</p> <p>Conductas generadoras de salud.</p> <p>Incumplimiento del tratamiento.</p> <p>Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico.</p>
2. Afrontamiento a los problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar el afrontamiento al problema de salud. - Abordar el afrontamiento a los cambios necesarios. 	<p>Negación ineficaz.</p> <p>Sufrimiento espiritual.</p> <p>Riesgo de sufrimiento espiritual.</p> <p>Aflicción crónica.</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento.</p>
3. Adaptación a cambios	Manejar la información y sus	Conocimientos deficientes.

<p>vitales (de la persona, del entorno, etc.)</p>	<p>repercusiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordar la adaptación a las nuevas rutinas de cuidados. - Manejar la evolución. - Abordar las dificultades de adaptación al climaterio. 	<p>Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Manejo efectivo del régimen terapéutico. Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico</p>
<p>4. Afrontamiento a las situaciones vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manejar el afrontamiento. - Abordar el afrontamiento a los cambios necesarios. 	<p>Negación ineficaz. Sufrimiento espiritual. Riesgo de sufrimiento espiritual. Aflicción crónica. Disposición para mejorar el afrontamiento.</p>

(Cacha, 2009)

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Este tipo de investigación es cualitativa, descriptiva y documental.

Diseño de la tesis

- El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos.
- Asistencia a un seminario y taller de elaboración de tesis.
- Elaboración de Protocolo de investigación.
- Seguimiento del modelo de la Dra. LastyBalseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la Tesis.
- Elaboración de los objetivos de esta Tesis, así como el Marco teórico conceptual y referencial.

CONCLUSIÓN

He llegado a la conclusión que para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica. Evitar situaciones de estrés asociado hacen más llevaderas las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos. “De la misma manera que aparecen efectos secundarios en el organismo, también se sufren cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento. Tener miedo, sentirse angustiado o deprimido es bastante habitual, entre otras cosas por los cambios en las actividades diarias, por ejemplo, adaptar los horarios a las sesiones programadas” - explica el vicepresidente de la asociación.

Normalmente el impacto del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos y los forzosos cambios en la vida cotidiana afectan, en algunos momentos y en grado variable, a la afectividad y la sexualidad de la pareja. Para tener una buena comunicación es necesario estar en un estado receptivo, es decir, estar dispuesto no solamente a ser escuchado, sino a escuchar. Además de la palabra hablada y escrita nos comunicamos a través de los gestos, de la postura física, del tono de voz, o de los momentos que elegimos para hablar.

Es importante recordar que la pareja también sufre y puede experimentar, entre otros, sentimientos de miedo, rabia, negación, ansiedad ante el futuro, etc. Una buena y eficiente comunicación entre ambos es elemento clave para mejorar las relaciones y calidad de vida. “Compartir honestamente pensamientos y sentimientos ayuda a mejorar la relación de pareja”- Carlos Hué Hay ocasiones en las que una

persona necesita tomarse un tiempo para procesar sus preocupaciones y sentimientos a su manera y prefiere no comunicarse en ese momento. “Algunas veces la mejor forma de comunicarse es simplemente escuchando: escuchar es también una forma de mostrar que estamos a su lado; otras, incluso, estando junto a la otra persona en silencio. Lo importante no son las palabras, sino sentirse acompañados” – añade Carlos Hué.

SUGERENCIAS

- Que la enfermera fomente el autocuidado en los pacientes oncológicos para prevenir efectos secundarios que afecten su calidad de vida del paciente.
- Educar a la familia del paciente oncológico sobre la patología para que puedan valorar sus limitaciones que pueda estar presentando.
- Hacer que le paciente tome conciencia de la importancia del autocuidado.
- Cambiar el enfoque de los programas de salud tomando como principal la prevención de las enfermedades.

GLOSARIO

Antiocogén: Par de genes (unidades de herencia que pasan de padres a hijos) que hacen que la célula elabore una proteína que controla el crecimiento de las células. Se puede contraer cáncer cuando la proteína de los antioncógenos no funciona debido a mutaciones (cambios en el ADN) en los genes. Las mutaciones en los antioncógenos pueden heredarse o contraerse. También se llama gen supresor tumoral.

Aspergillus flavus: Hongo que se suele asociar con aspergilosis pulmonar y se cree que causa con frecuencia infecciones de córnea y nasoorbitales, además de ser alergénico.

Aflatoxinas: Son toxinas producidas por un moho que crece en las nueces, en semillas y en las legumbres.

Anorexia: como síntoma, que describe la inapetencia o falta de apetito y puede ocurrir en circunstancias muy diversas

Broncoaspiración: Consiste en la aspiración accidental de líquidos o alimentos por las vías respiratorias.

Caquexia: Estado de extrema desnutrición producido por enfermedades consuntivas

Epstein-Barr (EBV): Es un Herpes virus humano tipo 4, linfotrópico, en cuyas células establece su infección latente

Helicobacter pylori: Es una bacteria que infecta el epitelio gástrico humano. Muchas úlceras y algunos tipos de gastritis se deben a infecciones por *H. pylori*. En muchos casos, los sujetos infectados nunca llegan a desarrollar ningún tipo de síntoma.

Hepatocarcinoma: Es el tumor maligno primario más frecuente del hígado.

Internalización: Mecanismo psicológico por el cual el individuo interioriza una norma o pauta social hasta el punto de considerarla como parte integrante de su personalidad.

linfoma de Burkitt o leucemia de células de Burkitt :Es una rara forma de cáncer del sistema linfático—asociado principalmente a linfocitos B—que afecta predominantemente a gente joven

Linfoepitelioma :se definen por proliferación de células malignas epiteliales indiferenciadas junto con un infiltrado de linfocitos maduros

Protooncogenes: son genes cuyos productos promueven el crecimiento y la división de la célula. Codifican factores de transcripción que estimulan la expresión de otros genes, moléculas de transducción de señales que estimulan la división celular y reguladores del ciclo celular que hacen que la célula progrese a través de este ciclo

Retinoblastoma: Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la retina.

BIBLIOGRAFIA

- A, G. P. (1994). *Quality of life and the patient with cancer*.
- Arrivillaga M, S. I. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Colombia: Colomb Med.
- Bastías E, S. O. (2004). *Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la Comuna de Concepción*. Chile: Ciencia y Enfermería.
- Cacha, A. A. (2009). *Papel de Enfermería*. Madrid.
- Jr, H. J. (1988). *Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life*. Soc Sci Med.
- Kaplan H, S. .. (1989). *Tratado de psiquiatría. 2ª ed*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas;.
- L, P. V. (1998). *Estilo y efectividad del afrontamiento de las esposas de los pacientes con infarto agudo del miocardio*. Ciencia y Enfermería.
- Lazarus R, F. S. (1996). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
- Lic. Silvia Aibar, L. C. (s.f.). *Manual de Enfermería Oncológica*. Argentina.
- M, M. (1990). *Reconceptualization of the Uncertainty in Illnes Theory*. Journal of Nursing Scholarship .
- M., M. (1981). *The measurement of Uncertainty in Illness*. Nursing Research.
- Marriner A, R. M. (2003.). *Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed*. Madrid: El Sevier Science.
- Martínez. (1999). *Ilustración Clínica de la Técnica de Intervención en Crisis*. Rev de psiquiatría .
- Mendoza S, F. M. (1998). *Creencias en salud y adherencias en pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la Comuna de Concepción Chile*. Chile: Ciencia y Enfermería .
- Networt, N. C. (2004). *Clinical Practice Guidelines in Oncology v.I*.
- R., M. (2004). *El afrontamiento y la pérdida: visiones positivas de la labor de un cuidador*.
- Riquelme N, M. J. (2002). *Sistemas de afrontamiento en familias de enfermos alcohólicos*. Ciencia y Enfermería.
- S, N. (1994). *Calidad de vida: Parametros de las ciencias de la salud*.
- SE, O. (1999.). *Enfermería oncológica. 3ª ed*. Barcelona:: Harcourt Brace.
- Soto F, L. J., & 71(4):335-341. (1997). *El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención de Sida*. España: salud publica.

