

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**LA CORPORALIDAD EN EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA A LA PERSONA HOSPITALIZADA
CON CÁNCER EN FASE TERMINAL Y SU
FAMILIAR ACOMPAÑANTE. CHICLAYO, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach. Katerin Isolina Gil Acedo

Chiclayo, 19 de Diciembre de 2013

**LA CORPORALIDAD EN EL CUIDADO DE
ENFERMERÍA A LA PERSONA HOSPITALIZADA
CON CÁNCER EN FASE TERMINAL Y SU
FAMILIAR ACOMPAÑANTE. CHICLAYO, 2013.**

POR:

Bach. Katerin Isolina Gil Acedo

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Francisca Constantino Facundo
Presidente de Jurado

Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz
Secretaria de Jurado

Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, Diciembre de 2013

DEDICATORIA

- ❖ A mis padres Carlos y Angélica que con su ejemplo me enseñaron a luchar, por su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por demostrarme que con esfuerzo uno puede lograr lo que se propone, a ellos les debo lo que soy.
- ❖ A mi esposo Paul, por su preocupación constante y compartir este sueño de ser profesional.
- ❖ A mis hijos que son mi principal motor para salir adelante cada día, que son esos ángeles Gabriel y Rafael que me llenan de amor y sabiduría para tratar de ser mejor.
- ❖ A la memoria de mi abuelita María, quien fue víctima de esta terrible enfermedad, que desde donde está me cuida, me guía y protege.

AGRADECIMIENTO

- ❖ A mi asesora Dra. Rosa Díaz Manchay por su orientación acertada para la culminación del presente trabajo de investigación.

- ❖ A las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal y familiares acompañantes, que a pesar del dolor por el que atravesaban arraigaron más en mí el valor de la caridad y el amor al prójimo, sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

- ❖ A las enfermeras del servicio de oncología por brindarme su apoyo desinteresado en la realización del trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pg.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	15
1.1 Antecedentes del problema	15
1.2 Base teórico-conceptual	16
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	25
2.1 Tipo de investigación	25
2.2 Abordaje Metodológico	25
2.3 Sujetos de Investigación	26
2.4 Escenario	26
2.5 Instrumentos de recolección de datos	28
2.6 Procedimiento	29
2.7 Análisis de datos	29
2.8 Criterios Éticos	32
2.9 Criterios de Rigor Científico	32
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	34
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES	71
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	77
ANEXOS	80

RESUMEN

La presente investigación cualitativa descriptiva tuvo como objetivos: Describir y comprender la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2012. La base teórica - conceptual se fundamentó en Waldow (2008) y Watson (2012), De Souza (1997); Ancízar (2006); Nieto (2004); y Quero (2007). La muestra fue no probabilística, determinada por saturación y redundancia siendo los informantes seis enfermeras que laboran en el servicio de Oncología, seis personas adultas con cáncer en fase terminal y seis familiares acompañantes de las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semiestructura. Se usó el análisis de contenido. Durante la investigación se tuvo en cuenta los criterios científicos y los principios de la bioética personalista. Se obtuvieron dos categorías: 1) El lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. 2) La complementariedad enfermera / familiar acompañante para el cuidado corporal a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal. La consideración final es que en el ejercicio de cuidar, es fundamental desarrollar la corporalidad, esta es importante para brindar un cuidado humanizado en enfermería, basando los cuidados en la dignidad, respeto, equidad, calidad y calidez humana; esto hace que el cuidado de enfermería sea humano y sensible, capaz de transmitir y recibir amor, comprendiendo que las personas son seres susceptibles a nuestros gestos, miradas y palabras, ese lenguaje verbal y no verbal que es capaz de transformar los estados de ánimo.

PALABRAS CLAVES: Corporalidad, enfermería, familiar acompañante, persona hospitalizada.

ABSTRACT

This descriptive qualitative study aimed to: describe and understand corporeality in nursing care to the hospitalized patient with terminal cancer and their family caregivers in the oncology department of Almanzor Aguinaga Asenjo , 2012 National Hospital. The theoretical basis - was based on conceptual Waldow (2008) and Watson (2012), De Souza (1997); Ancízar (2006), Nieto (2004) and Quero (2007). The sample was not random, determined by saturation and redundancy being informant's six nurses who work in the service of Oncology six adults with terminal cancer and six family companions hospitalized with terminal cancer people. To collect the data semiestructura interview was used. Content analysis was used. During the investigation took into account scientific criteria and principles of the personalistic bioethics. Two categories were obtained: 1) The body language in the care of the hospitalized patient with terminal cancer and their family caregivers. 2) The nurse / family companion body care to the hospitalized patient with terminal cancer complementarity. The final consideration is that in the exercise of care , it is essential to develop corporeality, this is important to provide a humanized nursing care , basing care on dignity, respect, equity , quality and warmth , this makes care nursing is human and sensitive, capable of transmitting and receiving love , realizing that people are susceptible to being our gestures, looks and words , the verbal and nonverbal language that can transform moods .

KEYWORDS: Physical development, nursing, family companion, hospitalized person.

INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica que el mundo está viviendo como consecuencia de la mayor expectativa de vida, los estilos de vida sedentarios con alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y otros, está afectando a las personas a nivel mundial, esto trae consigo nuevos problemas de salud como es el cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el cáncer es una de las principales causas de mortalidad y el número total de casos está aumentando en todo el mundo, se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030. En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en los países menos desarrollados¹. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta enfermedad en las Américas causó 1,2 millones de muertes, un 45% de las cuales ocurrieron en América Latina y el Caribe, se espera que la mortalidad aumente hasta 2,1 millones en el 2030².

En nuestro país, la tasa de mortalidad por cáncer en el 2007, fue de 107,9 por 100 000 hab., y constituyó la segunda causa de muerte después de las enfermedades transmisibles, representando el 18,8 % de todas las defunciones³. Hasta el 2010 se han generado aproximadamente 109 040 consultas por cáncer definitivo, correspondiendo el 54.8% a cáncer de mama y cuello uterino en el sexo femenino, en los hombres el cáncer de próstata y estómago es el que más les afecta; el cáncer de colón afecta a hombres y mujeres en proporciones similares, se estima que 35 mil nuevos casos de cáncer se producen año a año en nuestra nación⁴. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el año 2010 el total de consultas equivalió a

265, 146 personas atendidas por causa de esta enfermedad, de los cuales los pacientes nuevos fueron 47,320; los reingresos sumaron 41,833; los continuadores 175,993 personas; los que realizaron consultas por primera vez fueron de 89,153 pacientes y las consultas sucesivas de 217,826 personas aquejadas por este mal⁵. Esta enfermedad en el Perú, ha cobrado importancia como problema de salud pública no solo por su frecuencia que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias, es una causa de enfermedad importante por la letalidad, irreversibilidad y discapacidad que produce.

Esta realidad innegable perjudica también a nuestro departamento de Lambayeque, se asume que el cáncer fue la principal causa de defunciones en el 2011, se obtuvo un total de 1108 neoplasias, de los cuales 500 casos pertenecen al sexo masculino y 608 al sexo femenino respectivamente. Las estadísticas de los tumores generales del 2011 en nuestro departamento muestran diversos tipos de cáncer que afectan a las personas sin considerar el grupo etáreo en que se encuentren ellas, teniendo así que: El Leimioma del útero perturbó a 295 mujeres; los tumores benignos lipomatosos aquejaron a 165 mujeres y a 93 hombres; el tumor benigno de mama afligió a 5 varones y 239 mujeres; el tumor maligno de mama alcanzó a 105 personas de sexo femenino y 4 del sexo masculino; con respecto al tumor maligno del cuello de útero se obtuvo que 87 mujeres fueron afectadas; en los tumores malignos del estómago existe una mayor prevalencia en los hombres, siendo esta de 44 casos a diferencia de 21 casos en las mujeres; para los tumores malignos de la piel obtenemos que 38 damas fueron las perjudicadas y 20 los varones⁶. Como podemos observar el cáncer aumenta año a año, continuará cobrando vidas pues así lo demuestran sus altas tasas de mortalidad.

En el actual cambio de paradigma observado en enfermería, se anhela suministrar un cuidado humanizado, integral y personalizado, más aún cuando la persona a nuestro cuidado padece un diagnóstico mortal como lo es el cáncer, este cuidado es la razón de ser de Enfermería y debe darse de

manera horizontal entre enfermera, persona hospitalizada y familiar acompañante, donde interactúen haciendo uso de su cuerpo y corporalidad, este cuerpo que es sentido y siente, que toca y es tocado. Este encuentro facilita la elaboración de estrategias para que las acciones de enfermería sean congruentes con las necesidades de salud de la persona hospitalizada.

Al respecto los profesionales de Enfermería deben comprender las razones por las cuales el cuerpo se percibe como un objeto, con el ánimo de orientar al personal a su cargo y planear los cuidados que se requieren para ayudar a la persona. En esta etapa es fundamental que los profesionales valoren la percepción que tiene la persona de su cuerpo para planear el cuidado⁷. El propio cuerpo como instrumento del cuidado, trasciende el simple hecho de realizar una cosa, un procedimiento o una técnica. Es una presencia, que se da enteramente en la acción de cuidar, y que tiene un estado espiritual en permanente disponibilidad para interactuar con los otros y tocar a los otros⁸. Específicamente en la hospitalización de la persona con cáncer en fase terminal la enfermera se muestra sensible y empática por la inminente muerte que será un acontecimiento esperado/inesperado por la familia, y aprovecha los momentos de cuidado como administración de medicamentos, ronda de enfermería, y otros procedimientos para que se relacionen e interactúen con los familiares⁹.

La investigadora en su formación de pregrado tuvo contacto con personas que padecen cáncer y pudo vivenciar el dolor de éstas personas y sus familiares, recuerda aquella sala donde reunían a todas las personas que recibían quimioterapia, cómo eran sus rostros antes de recibirla y cómo es que éste iba cambiando mientras acababa el tratamiento, esperando ellos un abrazo, una caricia, un apretón de manos, una palabra de aliento y por qué no decirlo también un beso de parte de la enfermera; aspectos que a veces son dejados de lado pues predomina el cuidado biológico dirigido a la priorización de la administración de quimioterapias, analgesia; unido a ello el excesivo número de pacientes entre otros aspectos administrativos. Sin

embargo había una enfermera a quien las personas hospitalizadas la llamaban “súper” enfermera todos los pacientes preguntaban por ella, era entusiasta, amable y cariñosa que brindaba confianza y seguridad con su presencia. Esta enfermera era también docente y tenía coherencia en lo que enseñaba con lo que hacía en el ambiente hospitalario, ella decía “si tu siembras bien, cosechas bien y te recordarán toda la vida; mi reto es que mi paciente pase por un momento de felicidad aunque esté próximo a morir”.

La investigadora al vivenciar la realidad en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, pudo observar a la enfermera apurada, corriendo de un lado a otro, se dirige desde el staff de enfermería hacia el coche donde se encuentran los medicamentos a administrar, ella observa el kárdex de enfermería y empieza a rotular la medicina, utiliza por medidas de bioseguridad mascarilla, mandilón descartable y manoplas, se le acerca un familiar acompañante de una persona hospitalizada con cáncer en fase terminal, el familiar manifiesta: *“Se le está acabando el suero a mi familiar”*, la enfermera responde: *iDe qué cama es! iEstá con quimio!*, no la mira a los ojos porque sigue rotulando sus medicamentos que le faltan administrar, pero intenta seguir manteniendo la conversación diciéndole: *“Ahorita voy, espérame un ratito, ya acabo”*, el familiar opta por irse notándose un poco incómodo al no lograr que la enfermera acuda inmediatamente.

Al respecto algunas enfermeras manifiestan: *“La estancia de los pacientes es larga y puedes conocerlos mejor, la relación es casi amical y se basa en la confianza, el familiar sabe de nosotros como nosotras sabemos de ellos, se basa también en la comunicación y el conocimiento, los hacemos partícipes del tratamiento, les facilitamos las cosas, primero el médico les informa de la enfermedad, nosotras le explicamos sobre cómo van a cambiar sus estilos de vida, hacemos que pasen por el nutricionista e incluso les preguntamos qué les gusta comer para que se tenga en cuenta en la dieta que les van a dar, tratamos de que se sientan a gusto”*, *“Al llegar al turno los*

saludo, les toco la mano y luego me pongo a conversar un poquito con ellos ya que no tenemos mucho tiempo y hay muchas cosas que hacer, los llamo por su nombre”, “Usamos mascarillas para la protección del paciente y se les educa en eso, no creo que eso impida que nos relacionemos cuerpo a cuerpo ya que ellos se dan cuenta cuando sonreímos porque nuestra mirada cambia y no solo en la sonrisa está el toque terapéutico”.

Así mismo algunas personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal expresan: *“Cuando ellas llegan nos saludan, nos dicen buenos días y nos empiezan a preguntar: ¿Cómo están?, ¿Han dormido bien?, ¿Les han puesto todos sus medicamentos?, son atentas, el trato que me dan es bueno, no me puedo quejar...”, “Todas son amables, pero solo vienen cuando van a ponerme el medicamento o las veo cuando cambian de turno, es que no tienen tiempo paran muy ocupadas”, “Algunas me ponen la mano al hombro, me dan una palmadita en la espalda y uno siente que es de corazón porque me miran a los ojos cuando me hablan”, “Nunca se han acercado a darme un beso, será porque no me tienen confianza o no les alcanza el tiempo, entran a mi cuarto con mascarilla, creo que está bien que la usen porque lo hacen para protegernos, sería perjudicial si no la usaran porque saben que nos pueden contagiar los microbios, ellas nos explicaron porque la utilizaban, la mascarilla no impide que nos relacionemos con ellas porque igual son amables, además se nota que nos sonríen porque les cambia la mirada.”* Se evidenció que la enfermera ingresa a la habitación amablemente, se dirige a ellas con las siguientes palabras *“Mi reina te toca tu quimioterapia, ya sabes lo que te va a pasar, tu tranquila, cualquier cosa me avisan tus familiares”*, ambas sonríen y se dan un apretón de manos, la enfermera continúa con sus actividades.

Por todo lo expuesto anteriormente debemos comprender que la enfermera como corporalidad debe notar el cuerpo como una verdadera constitución de existencia humana y por tanto debe usarlo para poder relacionarse mejor con la persona cuidada.

Frente a esta vasta problemática, surgió el siguiente problema de investigación: ¿Cómo es la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013?; donde el objeto de estudio fue: La corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, y los objetivos de investigación fueron: Describir y comprender la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2013.

La investigación se justifica porque la enfermedad del cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, así lo indican las altas tasas de incidencia y mortalidad, sabemos que en Lima han vivido o viven con una persona oncológica de cualquier tipo, más de 90% de la población dentro de su contexto familiar.

El presente estudio permitió hacer una reflexión y sensibilización sobre la corporalidad en el cuidado de enfermería con el familiar acompañante y persona con cáncer en fase terminal, ya que la comprensión de corporalidad es importante para brindar un cuidado humanizado en enfermería, basando los cuidados en dignidad, respeto, equidad, calidad y calidez humana.

Existen pocos trabajos relativos al estudio de la corporalidad entre enfermera, familiar y persona con cáncer, por lo que la presente investigación aporta y ayuda para que la corporalidad sea considerada en la hospitalización, es decir que haya en la interacción enfermera- persona hospitalizada, familiar acompañante: tacto, contacto, diálogo, escucha activa, amistad, sonrisas, compasión, empatía, interés, preocupación y sensibilidad.

Esta investigación aporta a la Escuela de Enfermería para que la corporalidad en el cuidado de enfermería se incluya dentro de alguna

asignatura, ya que muchas veces el estudiante se enfrenta con miedo y angustia ante la responsabilidad de cuidar a otra persona que no conoce, no sabe cómo relacionarse, y mucho menos expresar mediante su cuerpo el amor hacia la otra persona. Entonces se deberá incluir el cuidado del ser humano en su totalidad, considerando a enfermería como ciencia y arte que exprese la forma cómo se vive el cuidado entre la enfermera, la persona hospitalizada con cáncer terminal y familiar acompañante.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Respecto al objeto de estudio se encontraron los siguientes antecedentes a nivel internacional.

Moreno Fergusson María E, en Colombia (2011), realizó el proyecto “Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: una teoría de enfermería”. El propósito de la investigación, fue describir los procesos y significados por los cuales los adultos con paraplejia secundaria a una lesión traumática de la médula espinal re-conocen su cuerpo y construyen una nueva corporalidad. Para los participantes los cambios en el cuerpo y en la corporalidad adquieren el significado de iniciar una nueva vida en una condición de discapacidad. Los resultados de este estudio permiten apreciar que el impacto de los cambios en el cuerpo y en la corporalidad, desencadenan en las personas un colapso de la existencia, al tener que interrumpir la vida que llevaban y asumir una nueva con discapacidad y orientan a los profesionales de la salud en general y a los profesionales de enfermería en particular, sobre algunas estrategias de cuidado encaminadas a superar este cambio drástico y a ayudar a las personas con paraplejia a reconocer su cuerpo y descubrir la nueva normalidad⁷.

Mariotti y Salette, en Brasil (2007), realizó un estudio sobre "El propio cuerpo como experiencia vivida por la enfermera al cuidar del otro durante el proceso de muerte", un análisis de la existencia bajo la percepción de la investigadora, con el objetivo de entender el sentido y significado del propio cuerpo como experiencia al cuidar del otro en el proceso de muerte. Se optó por la metodología fenomenológica MerleauPontyana y de la nueva hermenéutica. Estableciéndose un punto de contacto entre la experiencia de aproximación, mostrado por el propio cuerpo como parte del mundo, el objeto de estudio y el sujeto. Surgieron temas relacionados con la percepción del mundo con influencia del saber mágico-religioso, del saber real y de la

enseñanza aprendizaje. El fenómeno, producto del estudio, permitió comprender la tesis de la existencia en su sentido y significado para el propio cuerpo del profesional de la salud, al cuidar del otro que está muriendo⁸.

Bohórquez y Jaramillo, en España (2005), dicen a través de su estudio "El diálogo como encuentro. Aproximaciones a la relación profesional de la salud – paciente", que el acto profesional de cuidar la salud se ha ido deteriorando en la medida que la comunicación con el paciente se restringe a encuentros cada vez más técnicos, distantes y fríos que esquivan el diálogo y privilegian la "información". Esto plantea un reto al personal de salud, particularmente, a las escuelas y facultades de ciencias de la salud. Hoy más que nunca, en un mundo que sucumbe en el conflicto y la intolerancia, resurge la necesidad de reconocer la enfermedad, más allá del mero hecho biológico, como hecho social y cultural; de volver a valorar el diálogo como estrategia que permite el encuentro, dando sentido a nuestra existencia y haciéndonos humanos en el acto de enfermar y de sanar¹⁰.

1.2 BASE TEÓRICO-CONCEPTUAL

La base teórica - conceptual se fundamentó en Waldow (2008) y Watson (2012) para cuidado; De Souza (1997) para cuerpo y corporalidad; Ancizar (2006) para enfermería; Nieto (2004) para persona en fase terminal; y Quero (2007) para familiar acompañante.

El cuidado es ante todo un acto de vida que engloba varias acciones objetivas para el mantenimiento, sustentación y promoción de la vida, asegurando los procesos de transformación y de reproducción, es el acto individual desarrollado por cada uno desde el nacimiento, es reciprocidad y complementariedad¹¹. El cuidado es un ideal y no es otra cosa que la humanización en las relaciones; sin duda está imbuido de valores. Relaciona el cuidar con la vida, donde cuidar es mantener, promover y desarrollar todo lo que exista y todo el potencial de vida que los seres vivos conservan. Todo cuidado representa compromiso afecto y consideración para promover el

bienestar del otro. El cuidado incluso es silencioso, interactivo y promueve el crecimiento. Es una acción de ayuda, es escuchar, tener tiempo para la reflexión y expresar sentimientos. El cuidado es amor por excelencia y no sólo al cuerpo, también al alma, a lo afectivo, exige innovar, visualizar otras perspectivas, abrir horizontes: crear y descubrir, gestar y develar^{12, 13, 14}.

Definitivamente el cuidado es un acto humano, un acto de amor, bondad, afecto y empatía que busca el bienestar integral de la otra persona, este cuidado se humaniza por medio de la corporalidad, ya que nuestro cuerpo habla a través de ella, el cuidado es la razón de ser de enfermería y no deja de ser una excepción en las personas con cáncer en fase terminal, por lo que las enfermeras deben tener en cuenta cómo es que su cuerpo habla a través de sus movimientos, mirada y lenguaje, haciendo conciencia de ello para poder establecer un cuidado con sensibilidad y estética, un cuidado transpersonal capaz de transformar vidas.

Al respecto el presente trabajo de investigación está sustentado en la teoría de Jean Watson con la teoría del Cuidado Humano, un cuidado transpersonal, ella ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y lo ve como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta. El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera – paciente). El cuidado transpersonal es una unión

espiritual entre dos personas que trascienden persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno¹⁵.

Podemos afirmar que el cuidado va más allá de la preocupación por la vida interior de la persona con cáncer en fase terminal, estableciendo un contacto real y auténtico, una conexión donde podemos abrazar el alma de esa persona a través de la corporalidad que nos ayudará a brindar un excelente y mejorado proceso de cuidado. Watson propone diez factores curativos: La formación de un sistema humanístico – altruista de valores, la inculcación de la fe-esperanza, el Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos, el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, la promoción de la enseñanza– aprendizaje interpersonal, la provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, la asistencia en la gratificación de las necesidades humanas y la permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas¹⁶.

En el cuidado de enfermería a la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante es necesario aplicar los factores que refiere Watson, esto permite rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal. Para ello, se deben incorporar valores humanísticos que faciliten la promoción del cuidado de enfermería de manera holística; desarrollar interrelaciones eficaces, inculcar la fe y esperanza teniendo en cuenta la cultura de los sujetos de cuidado; cultivar la sensibilidad para que las personas se vuelvan más auténticos, genuinos y sensibles; desarrollar una relación de ayuda – confianza entre la enfermera, persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. Todo esto implica que la enfermera desarrolle coherencia, empatía, acogida y una comunicación eficaz; procure proveer un entorno de apoyo, confort, privacidad y seguridad; reconozca que su cuerpo es un instrumento de cuidado, que cuida el cuerpo y la corporalidad de los sujetos de cuidado.

Por consiguiente el cuerpo es indicador de nuestra posición social de nuestro estar en el mundo. En el día a día el cuerpo acumula cada vez más informaciones y adquiere mayor connotación; cumple su función ideológica gracias a sus representaciones, a su imaginario y a sus percepciones. Para comprender el papel social y la importancia del cuerpo como presencia del hombre en el mundo es necesario que se comprenda su sentido expresivo e instrumental. El sentido expresivo denota toda la capacidad de transmitir, de expresar, idea o sentimiento: es connotación simbólica en cuanto que lo instrumental nos permite conocer, saber cuál es la finalidad, el fin deseado de nuestros proyectos y de nuestra existencia¹².

La persona se hace presente en el mundo por su cuerpo, no como entidad física- biológica, sino el cuerpo en cuanto dimensión constructiva y expresiva de ser del hombre, siendo denominada de cuerpo propio, cuerpo viviente que lo lleva. La Corporalidad es más que la materialidad del cuerpo, que la sumatoria de sus partes; es el contenido en todas las dimensiones humanas; no es algo objetivo, listo y acabado, más es un proceso continuo de redefiniciones; es el rescate de cuerpo, es el dejar fluir, hablar, conversar, vivir, escuchar, permitir al cuerpo ser el actor principal, viéndolo en su dimensión realmente humana. Corporalidad es el existir, es el mío, el suyo y el de nuestra historia. La enfermera como corporalidad nota el cuerpo como verdadera constitución de existencia humana, percibe y nota el cuerpo introyectado en el tiempo que desarrolla, que crece en su mundo, en su proceso de vivir. La comprensión de la corporalidad es fundamental para un abordaje más humano en enfermería¹¹.

La corporalidad es la forma cómo los seres humanos viven la realidad a través del cuerpo. Es subjetividad, que se forma de la percepción propia del ser y de la que tienen los demás; es pues, la expresión y la manifestación del cuerpo, es lo que refleja cómo cada persona vive y experimenta el mundo a través del cuerpo, en especial a través de la percepción, la emoción, el lenguaje, el movimiento en el espacio, el tiempo y la sexualidad. La

corporalidad entre enfermera, persona con cáncer en fase terminal y familiar acompañante debería incluir amor, cariño, respeto, cordialidad, compasión, sensibilidad, una relación amical, una sonrisa, un toque terapéutico, una mirada fija al comunicarse, que permita una interacción y comprensión integral capaz de resolver ideas, inquietudes, sufrimientos, desarrollando las enfermeras un sexto sentido para comprender el cuerpo de la persona enferma con cáncer en fase terminal y del familiar acompañante, pues el cuerpo habla a través de sus movimientos; por ello es importante la comprensión de la corporalidad y lograr un cuidado humanizado.

Es así que la enfermería como ciencia posee un objeto de estudio que es el cuidado, este objeto va más allá de los fenómenos naturales, porque el ser humano, la familia y la sociedad son una parte significativa, compleja y determinante del cuidado, por lo cual deben ser comprendidos desde lo racional, lo emotivo y lo técnico. Para que el cuidado se de en su plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación de la persona y su familia. A esto debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: la conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad^{14, 17}.

Como toda ciencia, enfermería posee un método científico propio, el Proceso de cuidado de Enfermería, que incluye técnicas y procedimientos particulares dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia o comunidad, y para poder brindar un cuidado integral se deberá incluir a la corporalidad, entonces la enfermera expresará sus sentimientos y emociones a través de su cuerpo, deberá saludar amablemente, mejorar su tono de voz, y tendrá cuidado con sus gestos y modos de tocar, demostrando además de científicidad, sensibilidad y amor en su cuidado.

Entonces podemos afirmar que la persona es un ser en el mundo, como una unidad de mente - cuerpo y espíritu, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería¹⁶. A las personas enfermas en situación terminal se les requiere aplicar los denominados cuidados paliativos. A través de estos cuidados se atiende a las personas con enfermedades incurables como lo es el cáncer en fase terminal, y con pronóstico de vida limitado, habitualmente entre tres y seis meses. Las personas en fase terminal se caracterizan por presentar síntomas múltiples, graves y cambiantes, cuya expresión final es el sufrimiento en sus facetas física, psicológica y social. Los cuidados paliativos pretenden ofrecer una asistencia global e integradora a las personas enfermas y a sus familiares, a fin de proporcionarles el máximo bienestar y calidad de vida posibles en la situación de enfermedad terminal¹⁸.

Por lo expuesto anteriormente podemos asumir que la persona es más que la suma de sus partes, es cuerpo pero también es espíritu y por lo tanto requiere de un cuidado especial, más aún si tiene un diagnóstico como lo es el cáncer en fase terminal y lo tenemos a nuestro cuidado dentro del ambiente hospitalario.

Por lo tanto la hospitalización de una persona para el tratamiento con cáncer en fase terminal supone encontrarse en un medio nuevo que no conoce y entrega su cuerpo a los profesionales y personal de salud que le atienden, en especial a las enfermeras que lo acompañan. Ésta cambia la cotidianidad de vida de la persona que sufre alguna enfermedad, porque se ve alterada su libertad, sus costumbres, convirtiéndose en un evento bastante atemorizante^{19, 13}.

Entonces la hospitalización tiene efectos emocionales importantes en la persona con cáncer terminal y el familiar acompañante por lo que se recomienda que se les incluya en este proceso, respetando al mismo tiempo sus necesidades, esto significa que la enfermera permita el acceso de los objetos del hogar al hospital para que el paciente se sienta como en casa.

Es la convivencia que presume generosidad, solidaridad, apertura del corazón, acogida con jovialidad, es decir, sensibilidad por el desamparo del otro. Durante la hospitalización la persona enferma con cáncer terminal se encuentra en continua interacción con la enfermera, el nivel de adaptación que tenga con ella se verá comprometido dado a las alteraciones que presenta como pérdida de peso, dificultad respiratoria y cansancio lo que dificultará en gran medida su relación²⁰.

La hospitalización de la persona con cáncer terminal genera cambios en sus estilos de vida, pues sus costumbres tendrán que adaptarse a las reglas establecidas del hospital y el interactuar con el personal de salud, la corporalidad durante la hospitalización de la persona enferma con cáncer terminal, debería suponer una acogida con amor, brindándoles seguridad cada vez que ella acuda inmediatamente a su llamado ante cualquier angustia, duda o simplemente porque la persona desea abrigarse de comprensión, cariño y compasión ya que se encuentra en un medio desconocido y está lejos de su familia pero junto al familiar acompañante.

La familia es la unidad básica, es una institución social que aparece en todas las sociedades conocidas, constituyendo la unidad comunitaria y total para los individuos que la integran. Está formada por lazos biológicos o afectivos como creencias, valores, símbolos, significados, prácticas y saberes semejantes o diferentes que son construidos, compartidos en las interacciones sociales y como tales influyen y son influenciados por los miembros de la familia^{21,12}.

La familia es una institución social anclada en necesidades humanas universales de base biológica: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/ maternidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción,

reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos²².

Para la investigadora la familia es un elemento fundamental de la sociedad y tiene derecho a que el estado la proteja, en ella se comparten lazos de unión y debe cumplir con las siguientes funciones: Biológica por medio de la supervivencia de los familiares por la satisfacción de sus necesidades como alimentación, vestido; función educadora porque transmite conocimientos, valores y normas; función económica porque es unidad productiva; función de seguridad porque da calor humano; función recreativa y de cuidado; la persona con cáncer en fase terminal se ve inmersa en una familia y busca afectividad, amor, cariño, comprensión, solidaridad, respeto y cuidado; la familia contribuye a los cuidados de la persona enferma con cáncer terminal y tiene que recibir la atención e instrucción necesaria por parte del equipo de salud en especial de la enfermera para no influir negativamente en la evolución de la persona, más aún cuando un familiar se hace cargo de esta persona hospitalizada que vive un próximo proceso de muerte.

De esta manera el familiar acompañante de una persona enferma con cáncer en fase terminal no sólo debe enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, si no tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que pueden resultar contradictorias y enfrentarse a reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia cuanto para el individuo²³.

El familiar acompañante es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales del proceso de cuidado. Se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tener un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y

responsabilidad. El familiar acompañante representa el lazo que une a la persona enferma con cáncer en fase terminal con el personal de salud, el familiar recibe y se comunica con el personal de enfermería sobre los cuidados, la prevención, la evolución de la enfermedad y el alivio del dolor del ser querido; igualmente el familiar debe recibir ayuda profesional para aprender a manejar sus temores y emociones y comprensión para ejercer su rol protector de la persona con cáncer en fase terminal. Los familiares acompañantes son en su mayoría mujeres de mediana edad, generosas, ya que ofrecen su cuidado solícito a cambio de nada, y tienen una especie de censor que les permite captar cuantas señales se emiten a su alrededor. Establecen una relación empática con el enfermo y le transmiten esperanza y buen humor^{24, 25,26}.

Entonces podemos afirmar que el familiar acompañante de una persona hospitalizada con cáncer en fase terminal es insustituible, ya que ellos colaboran eficaz y activamente en el cuidado de la persona siempre y cuando la enfermera lo instruya de una forma adecuada. La enfermera deberá entenderlos y ayudarlos ya que cuando se enteran del diagnóstico de la enfermedad maligna sufren una alteración a nivel psicológico pues tendrán que enfrentarse o hacerse la idea que la muerte de su familiar está próxima. La corporalidad entre enfermera- familiar acompañante debería ser empática, de amor, solidaridad, sensibilidad y cordialidad, ayudándose mutuamente para mejorar la calidad de vida de la persona enferma, la enfermera deberá aprender a escuchar al familiar, a sonreírle, a preguntarle y responderle aquellas inquietudes que le angustien, donde el cuerpo de la enfermera sea instrumento de energías positivas y de paz.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación según la naturaleza de la información, fue cualitativa. La investigación cualitativa, está definida como el proceso de reflexión y análisis de la realidad a través de la utilización de métodos y técnicas para la comprensión detallada del objeto de estudio en su contexto histórico y así mismo su estructuración; observando a la persona en su vida cotidiana, obteniendo un conocimiento directo de la vida social. Ese proceso implica estudios, según la literatura, pertinente al tema, la observación, aplicación de cuestionarios, entrevistas y análisis de datos, que debe ser presentada de forma descriptiva. La investigación cualitativa se centra en la comprensión de globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de enfermería. Desde el marco conceptual del holismo la investigación cualitativa explora la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno, en definitiva este tipo de investigación es útil para entender las experiencias humanas²⁷.

La presente investigación fue de tipo cualitativa lo que permitió analizar, describir y comprender la corporalidad entre la enfermera, familiar acompañante y persona hospitalizada con cáncer en fase terminal.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

El abordaje metodológico fue descriptivo; siendo éste un estudio que exigió al investigador una serie de información sobre la investigación que se deseó realizar, después que se describe, se pasa a registrar, analizar e interpretar la naturaleza actual y los diferentes fenómenos encontrados. El objetivo es llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas²⁸. Consiguientemente lo que se logró fue rescatar la corporalidad entre enfermera, familia y personas adultas con cáncer en fase

terminal, para luego registrarlas, analizarlas e interpretar los datos obtenidos.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Formaron parte de los sujetos de la investigación seis enfermeras que se encontraban laborando en el servicio de Oncología del Almanzor Aguinaga Asenjo, seis personas adultas con cáncer en fase terminal hospitalizadas en dicho servicio y seis familiares acompañantes, determinados por saturación y redundancia. La muestra fue no probabilística, siendo un total de 18 sujetos de investigación. Para guardar la confidencialidad e identidad de los participantes, se codificaron a través de la numerología por orden de entrevistados.

Siendo para las enfermeras el siguiente código: E1, E2, E3, E4, E5 y E6.

Para las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal: P1, P2, P3, P4, P5 y P6.

Para los familiares acompañantes: F1, F2, F3, F4, F5 y F6.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Que la enfermera tenga como mínimo 6 meses laborando en el servicio de oncología.
- Que el familiar acompañante sea mayor de 18 años y no sufra de alguna enfermedad mental.
- Que la persona hospitalizada sea mayor de 18 años y tenga como diagnóstico cáncer en fase terminal.

2.4 ESCENARIO

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-Chiclayo, es una institución referencial de nivel cuatro. En 1943 empieza a funcionar como policlínico; su funcionamiento como hospital obrero se dio en el año 1958 en base a la ley N° 8433; así en el año 1973, se integran los servicios del hospital obrero y hospital del empleado, al crearse el seguro social del Perú.

Específicamente el escenario de la investigación fue el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo; creado en el año 1990 funcionando inicialmente en el hospital antiguo; actualmente se encuentra ubicado en el quinto piso, cuenta con una capacidad de 16 camas, aquí funcionan conjuntamente cinco servicios, como lo son: Reumatología con 2 camas, dermatología con 2 camas, hematología con 9 camas, endocrinología con 3 camas. En este servicio, se prestan cuidados a todas las personas de todas las edades desde niños hasta adultos mayores, con diagnóstico de cáncer. El servicio posee un estar de enfermería, un almacén, sala de procedimientos, jefatura de enfermería y jefatura médica.

Aquí las personas son hospitalizadas por emergencia debido a efectos colaterales del tratamiento y otras proceden de consultorio externo para estudio y/o tratamiento. Además cuentan en el primer piso con servicio de tratamiento de quimioterapia. El servicio de nutrición se encuentra a la entrada, donde sirven los alimentos, los cuales de manera general no son del agrado de las personas con cáncer en fase terminal.

Las enfermeras priorizan sus cuidados de acuerdo al reporte de enfermería, valoran quién está más delicado de salud, ven según la visita médica y el kardex qué medicamentos le tienen que administrar, qué análisis están pendientes, que resultados, qué interconsultas, etc., de acuerdo a ello tratan de auto-organizarse. En cuanto al reporte de enfermería lo realizan en 15-20 minutos, luego pasan la ronda de enfermería (enfermera y técnico de enfermería) llevan su bandeja de medicamentos orales y una cubeta de medicamentos parenterales, tensiómetro, termómetro, esparadrapo, etc.

Esta ronda de enfermería consiste en ir a cada habitación de las personas hospitalizadas en este servicio para saludarlas o identificarse, saludan cordialmente, algunas enfermeras hacen bromas, tratan que la persona hospitalizada sonría, le pregunta cómo se siente, qué molestias tiene, y en ese momento van arreglando las sábanas, van cambiando de

posición, viendo las vías, cambiando esparadrapos, controlando signos vitales, administrando medicamentos.

A veces realizan los procedimientos antes mencionados y el familiar acompañante colabora, le van explicando y ellos van aprendiendo los cuidados, y a la vez solicita al familiar que acompaña que avise de cualquier alteración, si se acaba el suero, etc. Le recomienda al familiar que se bañe, que la higiene es importante, le pregunta si ha descansado, comido y quién se quedará por la noche.

Por las tardes, las personas con cáncer terminal son visitadas por sus familiares, quienes lo acompañan, ayudan y le dan muestras de afecto. En este servicio el familiar acompañante está permanente con su familiar con cáncer terminal, pues saben y están conscientes que este acontecimiento (muerte) esperado/inesperado en cualquier momento puede ocurrir y desean volcar todo su amor y afecto a su familiar, que pronto dejará de existir. Son principalmente dos personas las que se turnan para acompañar y cuidar en el hospital a su familiar con cáncer terminal; sin embargo, casi todos los miembros de la familia están perennes y acuden por las tardes, entre ellos se organizan, porque han reorganizado sus vidas, además les llevan objetos de casa.

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó fue la entrevista semi-estructurada. La cual fue diseñada de acuerdo a lo que se quiso indagar; en este caso la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta; definiéndola como una reunión de intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado)²⁹.

Por lo tanto en la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logró una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto al presente tema de investigación; por lo que, previo consentimiento informado (Anexo 01) se entrevistó a la enfermera (Anexo 02), a la persona con cáncer en fase terminal (Anexo 03) y al familiar acompañante (Anexo 04).

También se entrevistó a enfermeras que eran nuevas en el servicio de oncología, con quienes se validaron el instrumento para recolectar los datos, por ello ya no se consideraron parte de la muestra.

2.6 PROCEDIMIENTO.

Después de la aprobación del comité de bioética de la Facultad de Medicina, se solicitó permiso a la Institución, al Jefe del servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con la finalidad de obtener los datos de ubicación de los sujetos de estudio, posteriormente se dialogó con el Jefe de Oncología y con las enfermeras que allí laboran, se les explicándoles los objetivos de la investigación, con el fin develar la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante.

Una vez que fueron identificadas las enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión y que deseaban colaborar en esta investigación, se procedió a la firma del consentimiento informado. Luego se realizó la entrevista semi-estructurada a las enfermeras, personas con cáncer en fase terminal y al familiar acompañante. En todo este proceso se mostró confianza e interés. Las entrevistas fueron grabadas en cintas magnetofónicas, luego se transcribieron para proceder al análisis de datos. Los datos se recolectaron entre marzo y junio de 2013.

2.7 ANÁLISIS DE DATOS

La recolección y análisis de datos constituyen un proceso simultaneo que se va dando de acuerdo a lo que el investigador busca o desea saber. El

análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Consiste uno de los momentos más importantes del proceso de la investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir qué es importante y qué van aportar a la investigación³⁰.

Dentro de las fases para la elaboración de un sistema categorial de análisis de contenido tenemos:

1. Pre análisis: refiere que podemos considerarlo como una fase de organización de la investigación. En esta fase el investigador deberá de adoptar una serie de decisiones respecto a: los objetivos concretos que va a perseguir, la identificación y selección de los textos, la selección de la muestra a la cual se le efectúa el análisis, la revisión de la literatura y de investigaciones similares que se hayan realizado sobre la temática de estudio seleccionada. Es el momento también de realizar la primera toma de contacto con los textos sobre los que se aplica el análisis. Durante esta fase la investigadora desarrolló la revisión exhaustiva de material bibliográfico y de las entrevistas realizadas. Todo ello teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación.
2. Formación del sistema categorial: la formación del sistema categorial es la fase más significativa de la técnica que analizamos, ya que refleja directamente el propósito del investigador y la teoría subyacente que organiza el estudio; además que constituye una de las barreras más difíciles de salvar y en donde ha de ponerse a prueba toda la creatividad del científico. Las categorías pueden ser establecidas por el investigador a partir de diferentes vías, entre las que podemos citar: la revisión teórica y conceptual de su objeto de estudio, otros sistemas categoriales previos formulados por otros autores y el éxito obtenido con su construcción, opiniones de expertos y especialistas en el objeto de estudio, y un acercamiento a los textos de análisis.

Durante esta fase la investigadora tomó criterios para la elaboración de las categorías, las cuales fueron en base al objeto de estudio, permitiendo describir y comprender la manera de pensar, sentir y de actuar de las enfermeras para que de esta forma se dé a conocer cómo es la corporalidad en el cuidado entre enfermera, familiar acompañante y personas con cáncer en fase terminal.

3. Codificación.- En líneas generales la codificación implica la elección de las unidades de análisis o registro, y la determinación de los indicadores de codificación que se utilizarán. Las unidades de análisis o de registro, que son los elementos básicos o datos a los cuales les aplica el sistema categorial elaborado. Asimismo las unidades de registro más utilizadas en el análisis de contenido son: la palabra, el tema, el objeto o referente, el personaje, el acontecimiento, y el documento. Por lo tanto los criterios que se pueden utilizar para la realización de la codificación pueden ser de diferentes tipos, por ejemplo: la presencia o ausencia en el texto de las unidades de registro, la frecuencia con que dicha unidad aparece en el documento, el sentido positivo, negativo o neutro con el que es tratado el tema o fenómeno en la unidad de registro; presencia simultánea en la unidad de registro de dos componentes.

- 4.- Análisis e interpretación.- A la hora de interpretar los resultados fundamentales alcanzados, una de las propuestas que consideramos más interesante, que aconseja que el investigador intente responder cuatro preguntas básicas: ¿Cuál es el resultado principal?, ¿Son interpretaciones competentes?, ¿La interpretación de los resultados toma sentido a la luz de alguna teoría o teorías? Y ¿Cómo decidir si la interpretación es en algún sentido correcta? Durante esta fase la investigadora realizó toda una recopilación de los datos obtenidos tanto por la enfermera cuanto de la persona con cáncer en fase terminal y el familiar acompañante, luego se analizaron e interpretaron los datos, y se realizaron las conclusiones obtenidas, para de esta manera dar a conocer cómo es la corporalidad en

el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante.

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

En la presente investigación se tomó en cuenta los principios de la Ética Personalista. Según Sgreccia, son principios que operan como ayuda y guías de la acción a tomar en consideración en cada decisión relativa a la relación con la persona cuidada y en la investigación con seres humanos³¹.

Es así que durante la investigación se promocionó todo aquello en favor de la vida y las buenas costumbres, respetando siempre la dignidad de las personas, sin ningún tipo de prejuicios o discriminación. Por otro lado se tuvo en cuenta el principio de responsabilidad, puesto que se despejó cualquier duda que los participantes tuvieron así como el compromiso de cumplir los objetivos planteados a fin de lograr un beneficio para dichas personas.

Por último se tuvieron en cuenta el principio de la libertad, puesto que a los sujetos de estudio se les hizo firmar el consentimiento informado previamente informándoles de los objetivos y beneficios esperados de la investigación de tal forma que decidieron de manera libre participar en la investigación dando su aprobación y mostrando su disponibilidad.

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Según Tello³², en el rigor de la investigación se tuvo en cuenta: La credibilidad; todos los datos fueron fidedignos, ya que para dar una mejor validez a la investigación se realizó la triangulación de los sujetos del estudio, así también se consiguió tener una relación empática con las personas con cáncer terminal, enfermeras y familiar acompañante, con el propósito de poder interrelacionarnos y obtener datos reales; se tuvo presente el principio de auditabilidad o confirmabilidad, se usaron grabaciones, en las entrevistas que se tuvieron en cuenta, asimismo las fuentes teóricas con las que se

consultó fueron de sustento científico que dieron mayor soporte y autenticidad a la investigación. Y por último se tuvo en cuenta el principio de transferibilidad o Aplicabilidad, debido a que todo el trabajo fue realizado con altura científica, garantizando la transferencia hacia poblaciones con características semejantes al de esta investigación, con el fin de mejorar la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la presente investigación se evidencia, que la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante incluye una relación de presencias basadas en el amor, cariño, respeto, cordialidad, compasión, sensibilidad, relación amical, toque terapéutico, entre otros aspectos. Esto genera un clima de confianza y afecto, que permite resolver dudas y sufrimientos. Todo esto implica que la enfermera provea un entorno de apoyo, confort, privacidad y seguridad; reconozca que su cuerpo es un instrumento de cuidado, que cuida el cuerpo y la corporalidad de los sujetos de cuidado. A continuación las categorías y subcategorías con los respectivos discursos:

1. EL LENGUAJE CORPORAL EN EL CUIDADO A LA PERSONA HOSPITALIZADA CON CÁNCER EN FASE TERMINAL Y SU FAMILIAR ACOMPAÑANTE.

- 1.1. Percepción del cuerpo ante la enfermedad en fase terminal.
- 1.2. Diálogo de presencias entre enfermera, persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante: comunicación, ternura, amabilidad y sensibilidad.

2. COMPLEMENTARIEDAD ENFERMERA / FAMILIAR ACOMPAÑANTE PARA EL CUIDADO CORPORAL A LA PERSONA HOSPITALIZADA CON CÁNCER EN FASE TERMINAL.

- 2.1. Satisfacción de necesidades básicas y las medidas de bioseguridad: Entre la protección y el rechazo corporal.
- 2.2. Inclusión del familiar acompañante para el cuidado corporal de la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal.
- 2.3. La corporalidad y la fe religiosa.

1. EL LENGUAJE CORPORAL EN EL CUIDADO A LA PERSONA HOSPITALIZADA CON CÁNCER EN FASE TERMINAL Y SU FAMILIAR ACOMPAÑANTE.

En el lenguaje corporal el cuerpo humano es una realidad expresiva y comunicativa por sí misma y en sí misma, a esto se le puede definir como lenguaje. El cuerpo humano es un todo expresivo y comunicativo y esta capacidad expresiva de la corporalidad humana se denomina el lenguaje no verbal. El cuerpo es expresión e inclusive símbolo. El gozo, el llanto, la alegría, el dolor, la pena, la resignación, son expresiones humanas que a través del lenguaje del cuerpo, resultan muy expresivas y muy detectables en el plano de la comunicación interpersonal. La expresión corporal, en este sentido, pesa mucho más que la cadena verbal y en el rostro de un ser humano es posible visibilizar con mucha claridad la frustración a pesar que él se obstine en negarla mediante palabras³³.

El cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal se basa en buscar las opciones y objetivos de tratamiento que satisfagan sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y prácticas personales, y que los familiares acompañantes sepan que su enfermo con cáncer terminal seguirá recibiendo atención y apoyo emocional durante la enfermedad. Los cuidados deben ser humanitarios y compasivos teniendo como único objetivo la calidad de vida y que los enfermos terminales enfrenten la última etapa de la vida con confianza y bienestar, en paz y dignamente³⁴.

En el ejercicio de cuidar, es fundamental desarrollar la corporalidad, esta corporalidad se desarrolla a través de habilidades que solo son posibles mediante nuestro lenguaje corporal, pues nuestro cuerpo es expresivo y comunicativo en toda relación interpersonal, nuestros movimientos, nuestra manera de expresarnos, nuestras miradas, pueden contener mucho más significado de lo que tal vez queramos decir mediante nuestras palabras. Este lenguaje corporal juega un papel muy importante ante el cuidado de una persona hospitalizada con cáncer en fase terminal, ya que son personas

susceptibles enfrentadas ante el diagnóstico de la muerte, se encuentran susceptibles en todas sus dimensiones y lo único que necesitan es que las enfermeras a través de su lenguaje corporal le transmitan amor mediante las miradas, los gestos y toda expresión corporal en general; entonces la enfermera deberá mostrarse humana y compasiva con el único objetivo de brindar un cuidado humanizado.

En el presente estudio de investigación el lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal es abordado mediante la percepción de su cuerpo donde se enfoca su imagen corporal de las personas con cáncer en fase terminal y se demuestra cómo una persona siente y piensa sobre su propio cuerpo. Éste atraviesa por un proceso de aceptación de la enfermedad, es una situación muy complicada donde la persona crea un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo e ira; entonces las enfermeras deben incluir en el cuidado la corporalidad, para ayudar a los enfermos con cáncer en fase terminal a aceptar su enfermedad, ésta se manifiesta a través de expresiones corporales mediadas por un diálogo de presencias que es el encuentro entre seres humanos (enfermera/ persona con cáncer terminal y familiar acompañante) que se disponen a hablar, a mirarse a los ojos, a aceptarse mutuamente, a enriquecerse mutuamente, esto incluye una comunicación que va de la mano de una relación amical para poder comprender a la persona hospitalizada con cáncer terminal y familiar acompañante, entonces la enfermera es empática; incluye también un toque de presencias que se manifiesta por medio de la ternura y la caricia, por ende la enfermera debe ser amable y mostrar siempre una sonrisa, así logramos que nuestros sujetos de cuidado se sientan seguros y con esperanza, todo esto solo será posible si brindamos un cuidado con amor, es decir con sensibilidad. Así se analiza cada punto expuesto anteriormente, tal como se describe en la siguiente subcategoría:

1.1. Percepción del cuerpo ante la enfermedad en fase terminal.

Es preciso afirmar que la enfermedad altera profundamente la percepción de la propia corporalidad. En el plano médico, el cuerpo humano es un organismo complejo que tiene distintas funciones y órganos y que puede experimentar algún desorden o proceso de caotización que, generalmente, se manifiesta en la enfermedad. La experiencia de la enfermedad significa, desde el punto de vista de la corporalidad, el paso o la transición de cuerpo-amo en cuerpo-esclavo. Cuando la persona está enferma, entonces se da cuenta que no puede regular ni dirigir su cuerpo, que no es el ama de su cuerpo, si no que ella se convierte en esclava de su propio cuerpo, pues depende completamente de él. Por otro lado cuando uno está sano, ni siquiera se percata de la existencia de su cuerpo, no se da cuenta de la cantidad de miembros y de partes que tiene su corporalidad. Se siente bien en su cuerpo, está completamente amoldado a él. Sin embargo, cuando la persona sufre un proceso de enfermedad, entonces padece el peso de su corporalidad, siente su cuerpo como una carga, como el peso más pesado, que hay que trasladar y cuidar para evitar males mayores³³.

La persona enferma no es dueña de su cuerpo, si no que se ha convertido en sirvienta de su cuerpo. La vivencia de la enfermedad supone el reconocimiento de la propia fragilidad constitutiva de su ser y desde este punto de vista adquiere un conocimiento más adecuado de sí mismo. La enfermedad puede activar enormemente el proceso de autoconocimiento personal. El enfermo focaliza su atención en la zona del dolor, la experiencia de la corporalidad es mucho más intensa en la enfermedad que en la salud, en el sufrimiento que en el placer³³.

La percepción del cuerpo de una persona con cáncer en fase terminal demuestra cómo una persona siente y piensa sobre su propio cuerpo, aquí se evidencia que la persona atraviesa por fases de aceptación de la enfermedad, convirtiéndose este punto en un indicador de la presente subcategoría, estas fases son la de negación y fase de ira, generando en el paciente un gran

impacto emocional, por ende la persona crea mecanismos de defensa para poder enfrentarse al proceso de muerte. A continuación los discursos de los personas con cáncer en fase terminal:

“...Siento que me voy a morir, eso lo sé desde que me quitaron mi último seno, solo me queda esperar la muerte, cuando me quitaron el primer seno pensé que me iba a salvar con las quimioterapias pero ya ve no es así y ahorita estoy tirada en esta cama esperando morir”... P6

“...Es triste porque si te das cuenta que no has hecho nada en esta vida y encima que te vas a morir te pone triste, yo me arrepiento de no haber tenido hijos porque no sé lo que significa ser padre, ya ni quiero verme en el espejo porque te ves pelado y flaco, quien te va a querer así más bien das miedo”... P4

“...Es un dolor muy grande, valoras muchas cosas en este momento como por ejemplo poder tomar un poquito de agua sin ningún dolor, aunque siento que me voy a curar porque acá me ayudan mucho”... P3

Se puede evidenciar que la imagen corporal de las personas con cáncer en fase terminal demuestra cómo una persona siente y piensa sobre su propio cuerpo, mientras algunos aceptan que van a morir otros tienen esperanza de vida; realizan un autoanálisis de cómo han vivido y la gran mayoría solo hace un recuento de las cosas que no se han logrado, sueños truncados que no se realizaron, entonces las personas se sienten impotentes, sin esperanza y muy ansiosas.

Debido al diagnóstico de cáncer terminal, las personas ven afectadas su corporalidad, se sienten incómodas debido a la enfermedad que les causa mucho dolor en el cuerpo, presentan alopecia y disminución del peso; entonces ellas pasan por el periodo de transición del cuerpo-amor en cuerpo-esclavo; ya que se dan cuenta que no pueden regular su cuerpo, valoran muchas cosas que cuando estaban sanos no le daban importancia, por ejemplo el tomar un vaso de agua sin ningún dolor o sucesos importantes como el tener un hijo; entonces se convierten en esclavas de su propio cuerpo porque se han dado cuenta que dependen de él para poder vivir; la forma en cómo viven esta enfermedad, hace que reconozcan lo frágil que puede ser el cuerpo humano, en consecuencia esto hace que algunos pacientes acepten la enfermedad y otros guarden la esperanza de vivir debido al tratamiento que

les brindan en el hospital. Ante esto los pacientes con cáncer en fase terminal atraviesan por fases de aceptación de la enfermedad en fase terminal.

Los pacientes terminales experimentan una serie de inquietudes con preguntas que en ocasiones no se atreven a hacer ni a sí mismos; temores que expresarán en la medida en que encuentren enfermeras a su lado que sean sensibles y comprendan lo que subyace en sus comentarios y dudas, dependencias físicas y psíquicas que pueden desmoralizarles y hacerles perder su propia autoestima y dignidad personal. En definitiva buscan encontrar un sentido a lo que les ocurre, precisamente a ellos: encontrar en medio de la desesperanza y depresión, el sentido del sufrimiento, del dolor y, en definitiva, de su propia muerte. Pueden y deben encontrar en las enfermeras que les atienden una gran ayuda para adaptarse a ese proceso del morir, a esa despedida de sus seres queridos³⁵.

El impacto emocional que sufre el paciente terminal engloba un conjunto de respuestas físicas, cognitivas y conductuales, que son el resultado de la percepción de la situación como una amenaza. Kubler Ross propone un modelo de adaptación que describe 5 fases, determinadas por los mecanismos de defensa que utiliza el enfermo para enfrentarse al proceso de muerte, estas son: Fase de negación, fase de enfado o ira, fase de pacto, fase de depresión y fase de aceptación. En el presente estudio, fue común encontrar que las personas se encontraban en las dos primeras fases de aceptación de su diagnóstico: La fase de negación se caracteriza porque el paciente experimenta una sensación de incredulidad al serle comunicado el diagnóstico y el pronóstico consiguiente. Esta reacción implica una conmoción emocional ante la noticia y habitualmente genera la respuesta de negación ante lo evidente. El mecanismo de negación permite en un primer momento dar un respiro al enfermo, y posibilita más adelante la búsqueda de otros mecanismos psicológicos para enfrentarse a la realidad. La fase de enfado o de ira se caracteriza por la presencia de enfado o de ira contra el entorno, el paciente se rebela ante la situación que está viviendo, ante la

“injusticia” que en él se ha producido. Se pregunta “¿Por qué a mí?”, y experimenta una gran perturbación emocional respondiendo con ira hacia los demás: Familiares, médicos, enfermeras y equipo asistencial³⁶. Al respecto se presentan los siguientes discursos de las enfermeras y los pacientes:

...“No dejo que me hablen mucho porque solo quieren saber cómo me enfermado, no quiero que vayan más allá porque me voy a morir y no quiero que tengan pena. Saber que te vas a morir tan joven es feo, te amargas por todo porque ya pues ya tienes esto y no puedes hacer nada, morirse dejar a todos y que ellos de aquí a unos años te olviden es demasiado doloroso, a veces me dan ganas de dejar todo y quiero irme”... P2

...“Hay familiares que son reacios no aceptan la enfermedad de su familiar, a veces ni te hablan, pero los familiares que ya están concientizados, esperando la voluntad de Dios colaboran más con su paciente”... E1

...“Algunos familiares no aceptan la enfermedad y el estado de salud de su paciente, pero uno tiene que explicarles, informarles y ellos entienden”... E6

El proceso de aceptación de la enfermedad con diagnóstico terminal es una situación muy complicada, la persona crea un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo debido a la noticia inesperada, muchos pacientes se vuelven agresivos, se aíslan, no colaboran con el tratamiento, se vuelven exigentes, están casi siempre malhumorados con el cuidador (familiar- enfermera), evidenciándose la expresión de sentimientos de resentimiento e ira.

El diagnóstico terminal genera en el paciente un gran impacto emocional, este crea mecanismos de defensa para poder enfrentarse al proceso de muerte, las dos primeras fases son la de negación e ira. La primera sirve de escudo, una defensa provisional tras un suceso inesperado, como lo es el diagnóstico terminal y proporciona tiempo para poder aceptar la enfermedad; se puede manifestar a través del aislamiento, evitando relacionarse con las enfermeras, ellos suponen que solo buscan enterarse de cómo han adquirido la enfermedad, los familiares tampoco admiten la enfermedad de su paciente y también rechazan a la enfermera evitando hablar con ella; la etapa de ira se da porque no se puede seguir manteniendo

la de negación entonces es sustituida por sentimientos de ira, rabia y resentimiento, se amargan por todo pues saben que la muerte está cerca y por ende van a dejar de ver a sus familiares temiendo que los olviden pronto.

Entonces las enfermeras deben incluir en el cuidado la corporalidad, para ayudar a los enfermos con cáncer terminal a aceptar su enfermedad, ésta se manifiesta a través de expresiones corporales en las relaciones de interacción enfermera- persona hospitalizada con cáncer terminal- familiar acompañante, tal como se evidencia en la siguiente subcategoría:

1.2 Diálogo de presencias entre enfermera, persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y familiar acompañante: comunicación, ternura, amabilidad y sensibilidad.

El proceso de cuidar se trata de un diálogo, pero no solo de palabras, sino de presencias. En el diálogo de presencias se produce el encuentro entre dos seres humanos que se disponen a hablar, a mirarse a los ojos, a aceptarse mutuamente, a enriquecerse mutuamente, se trata de un diálogo mediado por las miradas, por las manos, por las caricias. Este diálogo presupone la capacidad de trascender el ámbito de la interioridad, de la corporalidad y alcanzar el fondo oculto y misterioso de cada ser humano. Lo esencial en el proceso de acompañar, es no dejar solo a quien no desea estar solo, es de suma importancia que los moribundos no se sientan abandonados, en otras palabras que sepan que están siendo cuidados por otros, incluso aunque sean conscientes de que no tienen cura. El arte de cuidar a los moribundos también consiste en cuidar a estas personas que están experimentado sentimientos contrarios de ira, de desesperación, miedo, congoja, dolor, sufrimiento, esperanza, consuelo y confianza. El deseo de cariño, de afecto, en definitiva, de ternura y de comprensión constituye una de las necesidades claves del enfermo moribundo y solo colmando dicha necesidad es posible construir un puente entre su ineludible soledad y el mundo de los hombres³³.

Estar presente es: ayudar, apoyar, estar alerta, pendiente, no solo como profesional sino también como ser humano, es llegar a la interioridad del paciente a través de un diálogo de presencias, entonces sucede un encuentro mediado por palabras y miradas (lenguaje verbal y no verbal) donde se disponen a aceptarse para obtener un solo resultado, conocerse para apoyarse y ayudarse mutuamente en este proceso final de la enfermedad. El diálogo de presencias incluye una comunicación que va de la mano de una relación amical para poder comprender a nuestra persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y familiar acompañante, incluye también un toque de presencias que se manifiesta por medio de la ternura y la caricia, por ende la enfermera debe ser amable y mostrar siempre una sonrisa, así logramos que nuestros sujetos de cuidado se sientan seguros y con esperanza, esto solo será posible si brindamos un cuidado con amor, es decir con sensibilidad. A continuación se describen cada uno de los indicadores encontrados en la subcategoría:

La comunicación es un proceso de dar y recibir información; hace que nos sintamos mejor y con más recursos para vivir las situaciones que tenemos que vivir. Es un proceso interpersonal en que los participantes expresan algo de sí mismos por medio de signos verbales y no verbales con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro o de ayudarlos. La enfermera con su comunicación empática ayuda al paciente a ver con más claridad los comportamientos motivados por sus conflictos o emociones. La actitud de escucha es una de las más difíciles de asumir. Escuchar es tratar de comprender del otro, de captar su mensaje, sin poner sobre él nuestros propios sentimientos; es ser suficiente acogedor, amable y neutro para que el otro pueda abrirse a nosotros y expresarse como es sin sentir bloqueos en su comunicación³⁷. Por consiguiente se muestran los siguientes discursos:

...“Que confíen en nosotros, que cualquier duda nos pregunte, darles esa confianza con gestos palabras a través de esa sonrisa, palabras como “estamos con usted”, “lo apoyamos en todo momento”, y sobre todo que nos comuniquen todo. Al familiar igual que confíe en nosotros, que nos comunique todo, que estamos a su servicio”... E6

...“Comunicación, que conversen bastante con nosotras, de eso va depender la solución de los problemas. Que tengan una comunicación más abierta”... E2

...“La enfermera cada vez que entra a trabajar viene y me saluda, me pregunta cómo estoy, si he dormido bien, cómo me encuentro, si me duele algo”... P3

...“Que nos comenten todas las dudas que puedan tener, es decir bastante comunicación para conocernos mejor. Que se comuniquen más y que sepan esperar”... E3

...“Sobre todo la comunicación, es muy importante para que haya una buena relación entre familia, enfermera y paciente”... E5

Durante toda relación social es importante la comunicación, ya que hace posible la interacción entre las personas, en este caso enfermera –persona– familiar acompañante; a través de ella podemos lograr satisfacer las necesidades de los pacientes y familiares, podemos generar confianza, dar seguridad, y brindar apoyo afectivo.

Como se mencionaba anteriormente, el diálogo de presencias incluye también una relación amical para que la enfermera pueda comprender a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante:

En la praxis del cuidar, la práctica de la amistad es una modalidad de relación de amor- contemplación, es fundamental pues sólo desde la voluntad explícita de bien es posible cuidar a alguien y ayudarle a superar sus debilidades y aliviarle sus dolores³³. Al respecto las enfermeras manifiestan:

...“Nos consideran como una amistad, como una amiga, nos dicen llegó usted que gusto me da”... E2

...“Muchas veces la relación no es enfermera paciente o enfermera familiar si no que llegamos a ser amigas y a veces nos tuteamos”... E1

Algunas enfermeras comentan que debido a la estancia prolongada llegan a establecer una relación amical con pacientes y familiares, se contentan cuando las ven llegar al turno. Sin embargo también existen problemas de comunicación tal como se evidencia en los siguientes discursos:

...“Desearía que me hablen un poco más, derrepente yo no las he dejado porque siempre no les respondo pero ellas deben conseguir la manera de hablarme porque no saben que dolor se siente estar con cáncer”... P2

...“Me gustaría más comunicación, que se siente por un momento a conversar sobre el estado del familiar pero sobre todo que le brinde al paciente un excelente trato”... F2

Como se puede observar en los discursos los pacientes y familiares solicitan que haya mejor comunicación con la enfermera, que permanezca un poco más en la unidad del paciente para dialogar y el familiar pide un trato excelente para la persona hospitalizada. A través de una adecuada comunicación y relación amical se puede comprender lo que los pacientes y familiares acompañantes nos quieren manifestar y por ende darle solución a los problemas que pueden surgir durante la estancia hospitalaria; estas relaciones interpersonales de amistad y comunicación se basan en gestos como una sonrisa, un trato amable, palabras de aliento como: “estamos con usted”, “lo apoyamos en todo momento”, “estamos a su servicio”, entre otras; estos tipos de comunicación verbal y no verbal nos permiten generar confianza para que ambos sujetos de cuidado se expresen sin sentir bloqueos en el proceso de comunicación.

La comprensión es la aptitud o astucia para alcanzar un entendimiento de las cosas. Es entender, justificar o contener algo. Es la tolerancia o paciencia frente a una determinada situación. Las enfermeras comprensivas, de este modo logran justificar o entender como naturales las acciones o las emociones de otros, ya que el otro también es un ser humano que siente y sufre³⁸.

La empatía es la habilidad social fundamental que permite al individuo anticipar, comprender y experimentar el punto de vista de otras personas y de la simpatía, definida como un componente emocional de la empatía. También incluye una respuesta emocional orientada hacia otra persona de acuerdo con la percepción y valoración del bienestar de ésta, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva. Al ser empáticos en la

atención al usuario establecemos un mejor vínculo, por consiguiente, una mayor apertura por parte de este para establecer un lazo de confianza, que no solo implica una valoración de nuestras capacidades, si no que a su vez mayor confianza para solucionar dudas, lo que hará que la atención brindada sea más satisfactoria, mejor comprendido y al mismo tiempo que nuestro mensaje llegue a convencerlo de la conveniencia de seguir las indicaciones. La empatía puede ayudar al profesional de la salud a imaginar y finalmente comprender, lo que el usuario está sintiendo, sin convertirse él en paciente y de esta forma sentir mejor todo aquello que nos es común a los seres humanos³⁹. Tal como algunas enfermeras y pacientes refieren:

...“Yo trato de comprenderlos porque tienen una enfermedad, tener cáncer es como decir te vas a morir, así que yo los comprendo, al principio que sean un poco comprensibles en cuanto a la falta de medicamentos, también les pido su comprensión bastante en que entiendan que no son los únicos pacientes, acá tenemos treinta pacientes con cáncer”... E4

La comprensión durante el proceso de atención en enfermería es importante porque va a permitir establecer una relación óptima con el fin de lograr el bienestar del enfermo; así las enfermeras piden que se comprenda la gran demanda de personas con cáncer que existe en el servicio, por lo tanto que sepan esperar sus turnos; de tal manera los sujetos de cuidado piden comprensión en que necesitan que siempre se les trate bien y también a su familiar acompañante ya que se encuentran susceptibles ante la noticia de que la muerte está próxima, si logramos que los familiares y enfermos terminales se sientan comprendidos lograremos que se encuentren en un estado de alivio, de tranquilidad y de paz interior.

Entonces al ser comprensivos también somos empáticos, por lo tanto la empatía le sirve a la enfermera para que finalmente pueda comprender la situación de salud por la que está atravesando la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, entonces la atención de enfermería girará en un clima de confianza y ayuda mutua donde se podrán resolver todas las dudas existentes con el fin de lograr un solo objetivo el bienestar de

la persona hospitalizada. Este diálogo de presencias incluye también un toque de presencias que se manifiesta por medio de la ternura y la caricia:

La ternura constituye un tipo de vivencia que se mueve en el ámbito de la privacidad y no en el ámbito de la profesión, la expresión de la ternura es la caricia, pues la caricia es un tipo de contacto donde se pone de relieve la proximidad ética y el respeto hacia el otro, expresa amor, pero sufre por incapacidad de decirlo. La persona doliente agradece la caricia, pues este gesto expresa la cercanía y el cuidado solícito. La caricia como contacto es la sensibilidad, pero la caricia trasciende lo sensible. La caricia constituye un elemento fundamental de comunicación no verbal. Cuando la persona doliente no puede expresarse a sí misma y tampoco puede oírnos, entonces es necesario calibrar adecuadamente nuestros gestos, pues éstos se convierten en el único material expresivo. Acariciar el rostro de una persona doliente es una forma de decirle que no está sola, que hay alguien que comparte su sufrimiento y su temor. La caricia es quizás la forma más bella de expresar la ternura humana³³. En relación a lo expuesto anteriormente se presentan los siguientes discursos:

...“Yo trato de brindar un buen cuidado, una atención con calidad, un cuidado más humano, en ese pequeño momento al menos un contacto físico, ver qué necesidad tiene en ese momento. Entonces sabes lo tan valioso que pueden ser los gestos como un abrazo, un toque terapéutico, una palmadita o mirar a la persona cuando le hablas, esas cosas tan pequeñas pero que traen un gran resultado a pesar del diagnóstico de la persona”... E3

...“Lo que más necesita es el apoyo emocional, es mucho de que tú le des una tocada, una palmada”... E1

...“Se sienten tan bien que te cogen las manos y nos dan bendiciones”... E2

...“Te palmotean la espalda como diciéndote tú puedes vas a lograrlo”... P4

...“Nos besan, nos saludan, cuando está a su alcance porque a veces están apuraditas, hay veces que se congestiona el servicio, pero siempre me ha tocado la oportunidad que me han acariciado, me han abrazado, me han consolado”... P1

...“La acarician le dan palmadita en su brazo, le tocan la cabeza, le frotan la cabeza. Un trato con cariño y amor, con amabilidad, me gustaría que la sigan abrazando, hasta que si pueden que le den un beso porque a quien no le gustaría eso”... F2

Las enfermeras tratan de brindar un cuidado integral a las personas con cáncer en fase terminal, en los pequeños momentos que pueden interactuar con ellos tratan de mantener un contacto físico que se manifiesta a través de una palmadita en la mano o la espalda, una sonrisa, un abrazo; ante esto las personas responden cogiéndoles las manos y llenándolas de bendiciones; como se sabe la comunicación no solo se da por palabras, las expresiones no verbales también es una forma de ésta, es por eso que los enfermos asumen que al abrazarlos o tocarles la mano se les está diciendo que ellos pueden afrontar su proceso de enfermedad, en ese sentido el cuerpo de la enfermera y específicamente sus manos, se convierten en instrumentos de cuidado humanizado.

Así mismo la enfermera debe ser amable y mostrar siempre una sonrisa: La amabilidad es la manera más sencilla, delicada y tierna de llegar hacia las personas, libre de exclusivismos. Se entiende por amabilidad a la complacencia, agrado y delicadeza en el trato con los demás. Tiene su origen etimológico en el latín *amare*, que es sinónimo de “amar”, y el sufijo *idad*, que es equivalente a “cualidad”. La amabilidad es la cualidad de amable. Este adjetivo se refiere a aquel o aquello que es afable, afectuoso o digno de ser amado. Ser amable también es ser atento, brindar atención y respeto sobre todo a los menos aptos, desvalidos, y necesitados⁴⁰. Por consiguiente los familiares acompañantes refieren:

...“Si la enfermera es amable nos da alegría, vamos a poder confiar en ellas, pero si nos ponen mala cara también hacen que nos amarguemos”... F5

“...La saluda cuando llega amablemente y eso a mi hija le gusta porque le hacen reír, le dicen hola mi reinita ya estoy aquí para consentirte, le dan aliento para que continúe a pesar del dolor que ella presenta, la calman”... F3

...“Cuando viene la saluda amablemente, le dice señoito como está, buenos días, hola mi reina. Me siento bien y tranquila porque no me tratan mal, no me piden las cosas de mala manera, me hablan bien, me dicen por favor, me sugieren las cosas”... F4

Los familiares acompañantes manifiestan que si las enfermeras son amables, atentas y los tratan con respeto; además les piden las cosas de buenas maneras utilizando palabras mágicas como lo es la frase “por favor”, ven que a su paciente con cáncer en fase terminal lo atienden con cariño, delicadeza, de una manera tierna tratan de llegar a ellos saludándolos amablemente y les dan aliento para que continúen con el tratamiento.

La amabilidad es más que una expresión externa, es una actitud interna de ternura y bondad constante hacia otra persona. Es como un sentimiento constante de amor tierno y bondadoso por otros. Se llama también benignidad como actitud interna de bondad expresada siempre con paciencia y cortesía, mientras que la bondad se refiere a la acción, a los actos que se hacen por el bien de otros. La bondad puede ser firme, pero la benignidad se distingue por la ternura o cortesía. La amabilidad es esa inclinación que sentimos por hacer sentir bien y hacer el bien a los demás. La amabilidad se expresa en el trato fino hacia otros⁴¹. Al respecto personas con cáncer en fase terminal manifiestan:

...“La enfermera me dice mi nombre, reinita, muñequita, y eso me hace sentir muy bien. Me siento muy querida, soy parte de su trabajo, de su vida diaria, ella me cuida y lo hace por mi bien, si tengo algún problema me dice cariñito lo vamos a solucionar, no te desesperes, tranquilízate” ... P5

...“Me saluda diciéndome buenas días señor soy tal enfermera en esta oportunidad estoy de turno y quiero que colabore conmigo diciéndome todo lo que necesita que estoy para ayudarlo, luego se va y cuando la llamo viene”... P4

Uno de los valores del cuidado en enfermería es la amabilidad, equivale a decir que enfermera amable da como resultado a una persona satisfecha; las personas manifiestan que las enfermeras son bien amables, pues siempre los saludan con palabras bonitas, les dan aliento para salir adelante, la amabilidad genera mucha confianza en las personas. A través de la amabilidad las enfermeras hacen que sus personas se sientan queridas, alegres y parte de su vida diaria, ya que siempre tratan de buscar una solución ante los problemas que se les puedan presentar.

La amabilidad facilita de tal modo las relaciones interpersonales, que cuando ella está presente todo se hace fácil, grato. La enfermera que cuida a enfermos con cáncer en fase terminal debe ser cariñosa, afectuosa, gentil, cortés, agradable, servicial, afable, incluso graciosa, portadora de un buen humor y risueña.

El empleo del humor, constituye un mecanismo muy útil para hacer frente a las situaciones difíciles como la enfermedad. El humor permite añadir optimismo, alegría, ternura y esperanza dentro de una situación dramática, permitiéndonos ver las cosas desde otro punto de vista, distanciándonos del problema para afrontarlo con recursos renovados; la risa y el sentido del humor nos ayudan a liberar las endorfinas cerebrales, las cuales combaten el estrés. Por lo tanto la risa tiene beneficios para la salud. Es imprescindible para poder sobrevivir en esas situaciones difíciles tanto para los enfermos cuanto para los familiares acompañantes y los profesionales. De ahí la importancia de su incorporación en la práctica diaria donde se convierte en uno de los pilares fundamentales a la hora de establecer una relación positiva con las personas a las que se cuida; esto permitirá desarrollar la empatía, facilitar la comprensión y optar por actitudes positivas y optimistas. Desde el punto de vista afectivo proporciona sentimientos de alegría y a nivel conductual favorece el desarrollo de nuevas experiencias repercutiendo de forma muy positiva en el proceso de salud-enfermedad⁴². Ante esto surgen las siguientes expresiones por parte de las enfermeras y personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal:

...“El paciente oncológico lo que más necesita es el apoyo emocional, es mucho de que tú le des una sonrisa”... E1

...“Eso si te levanta el ánimo amiga, que ella esté toda sonriente, te contagia te cambia el ánimo rápido, y que te hablen con cariño significa que le importas a esa persona que de verdad quiere que te recuperes”... P4

...“Eso se sabe por su expresión te sonrías al verte”... E2

...“Que sea más feliz con todos, y con todas, más feliz porque ella tiene que andar con una sonrisa en su cara siempre y no como cachacos si no quien se le va a querer acercar”.... P6

Una sonrisa durante el cuidado de enfermería en esta etapa final de la vida es muy importante y relevante para los pacientes y familiares acompañantes ya que en estos momentos lo que más se necesita es el apoyo emocional, a través de la sonrisa podemos cambiarles los ánimos a los personas, transmitimos confianza y por ende logramos que se sientan a gusto durante la estancia hospitalaria.

Las enfermeras que cuidan a personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal, deben encontrar la manera de hacer saludables y agradables las relaciones con las personas y familiares acompañantes, ya que el humor es un buen antidepresivo y la risa es salud. Una sonrisa en el rostro acercará más a los sujetos de cuidado, entonces una sonrisa podría ser considerada entonces como el medicamento más eficaz y barato, sin efectos secundarios, ayudará a crear actitudes positivas y optimistas, las personas estarán más confiados y relajados, donde realmente van a sentir que nos importan, así se creará un clima donde se facilite la relación de ayuda entre las enfermeras, la persona o el familiar acompañante.

Entonces si se empieza a tener en cuenta los indicadores antes mencionados en el actuar de enfermería se podrá lograr que nuestros sujetos de cuidado se sientan seguros y con esperanza. El ser humano necesita seguridad para desarrollarse y poder construir su personalidad, por ello la seguridad es una necesidad esencial del ser humano. Esta necesidad en la enfermedad se expresa con mucha más notoriedad y debe ser asistida y cuidada. Cuidar de un ser vulnerable es, en primer lugar darle seguridad, protegerle del dolor y del sufrimiento. En el ámbito de la salud, el miedo y la desconfianza constituyen graves obstáculos en el proceso de la curación. La persona del enfermo debe sentirse segura y ello sólo es posible si el cuidador es capaz de darle seguridad con sus palabras, con sus gestos, con sus miradas³³. Al respecto se presentan los siguientes discursos:

...“Seguridad, tranquilidad sobre todo, tengo confianza porque está ella presente y me va atender si algo me pasa”... P5

...“Significa un alivio, porque me quedo tranquila cuando ella está acá porque si me pasa algo no estoy sola. Siento alegría, emoción, porque está al lado de nosotros, si me trata bien quien no se va alegrar”... P6

...“Cada uno relaciona nuestra cara nos ven y nos dicen que se sienten protegidos, sienten el aprecio, se sienten seguros, cómodos. Somos una ayuda tanto para el familiar como para el paciente”... E2

...“Apoyo, nuestra presencia significa protección porque ellos sienten que los vamos ayudar a salir de esta enfermedad, sienten agradecimiento, te dicen señorita muchas gracias. Los familiares también sienten apoyo porque saben que hay alguien ahí, que están seguros, ya que les ponemos las medicinas a sus pacientes y estamos pendientes de ellos”... E6

Es importante brindar apoyo emocional y físico, un trato amable y cordial, confianza y tranquilidad, permitiendo al paciente y familiar expresar sus sentimientos y preocupaciones; los pacientes y familiares se sienten protegidos porque saben que hay una enfermera que va estar pendiente de ellos, que cualquier cosa que pase, ella estará ahí para solucionarlo.

Una de las principales necesidades emocionales de las personas con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante es la seguridad, es decir el reconocimiento de sentirse aceptados y comprendidos; sentirse queridos, capaces de recibir y dar afecto; comprensión y aceptación de los demás, saber que es importante a pesar de la enfermedad encontrarle sentido a sus vidas, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte⁴³. Así los familiares acompañantes manifiestan:

...“Es un consuelo y alivio porque cualquier cosa que pase sé que hay alguien profesional que va a ver por ella. Mi hija se siente aliviada también porque saben que acá la van ayudar en su enfermedad, ella se siente consolada también porque aquí la alientan o la calman cuando se pone a llorar por verse mal”... F3

...“Aquí siento seguridad para mi mamá, confianza de que si ella se va poner mal o le va dar algún dolor ella va estar acá. También seguridad, que están pendientes de ella, seguridad por los cuidados que le dan, más que todos por los medicamentos que le colocan y a la hora”... F4

...“Mi familiar se siente seguro, como le digo es un apoyo porque cualquier cosa aunque se demoren ellas vienen. Es un alivio y nos da tranquilidad, ayuda al paciente psicológicamente le levanta el ánimo”... F5

...“Protegido y cuidado, sé que él se siente así porque él ve al médico y enfermera y se contenta, le cambia su cara y me dice ya estoy tranquilo”... F6

Entonces es importante satisfacer esta necesidad emocional, la seguridad, tanto en las personas enfermas con cáncer en fase terminal cuanto en los familiares acompañantes, al crear lazos de seguridad se establece confianza y protección porque saben que ante cualquier problema que pueda surgir siempre la enfermera estará presente para solucionarlo.

Cuidar es una forma de interacción interpersonal, donde se articula la transmisión de determinados valores éticos, por ejemplo el valor de la esperanza. La transmisión de la esperanza es fundamental en el proceso de cuidar, pues la persona vulnerable tiende a contemplar su realidad presente y futura en clave negativa, porque sus padecimientos no le permiten ver la realidad con un cierto aire positivo. El cuidador debe transmitir esperanza a la persona enferma, debe comunicarle la posibilidad de alcanzar un bien en el futuro y debe hacerlo a través del diálogo y de la receptividad. La acción del cuidar debe colmar en el enfermo ese deseo de obtener esperanza, pero colmar ese deseo no resulta nada fácil, porque transmitir el valor de la esperanza cuando la desesperación, el desencanto, la amargura empañan el corazón del enfermo, supone un arte, es decir una sensibilidad y una gran capacidad intuitiva³³.

El enfermo desea obtener esperanza pero no es lícito desde el punto de vista ético, alimentar falsas esperanzas, sin embargo tampoco es lícito, éticamente, mutilar expresamente cualquier expectativa del enfermo. En la transmisión de la esperanza es fundamental el conocimiento del estado anímico de la persona vulnerable y en virtud de dicho estado se debe tomar la decisión más adecuada por lo que respecta a la comunicación de la verdad. La praxis de la esperanza debe partir del conocimiento profundo de la realidad, del análisis de la patología que sufre ya que a partir de esta información, el cuidador debe practicar la esperanza y cuando no la hay, entonces debe acompañar al enfermo a aceptar esa situación y a construir sentido a partir de sus convicciones y creencias³³. Al respecto se presenta los siguientes discursos:

...“Esperanza, ya que acá le administramos el tratamiento; seguridad por el cuidado que le brindamos y confianza en que hagamos las cosas bien”... E3

...“Las enfermeras prácticamente para ella son la luz de la esperanza, porque ellas tratan de ayudarle a superar toda su enfermedad con todo el medicamento que le dan. Tengo mucha felicidad, alegría por los cambios que mi mamá da, cuando viene la enfermera se alegra porque le van a poner el suero, sus inyectables; en su rostro demuestra satisfacción y alegría por la amable atención que le brindan”... F2

Las personas y familiares mantienen esperanza por el tratamiento que las enfermeras les aplican, seguridad por el cuidado que le brindan y confianza porque cada cosa que hacen lo hacen bien; así mismo los pacientes sienten agradecimiento, les dicen que son buenas, que tienen paciencia porque se están preocupando por ellos, saben que ella es la responsable de su bienestar y si los tratan bien se sienten alegres, protegidos y seguros en el hospital.

Los enfermos con cáncer en fase terminal son seres vulnerables y por ende se les debe dar seguridad, disminuyendo el dolor a través de la analgesia oportuna. Las personas y familiares acompañantes se sienten seguros porque saben que ante cualquier acontecimiento la enfermera está presente y lo va solucionar. Esta seguridad se logra a través de la comunicación empática donde se busca mantener como primer principio la información, entonces se transmite el valor de la esperanza ayudando a la persona a aceptar su situación de vida a partir de sus creencias.

Así mismo la acción de cuidar es, ante todo, un arte, y por ello supone técnica, intuición y sensibilidad, la persona doliente precisamente por su estado de vulnerabilidad reclama ternura y desea ser tratada con delicadeza y sensibilidad; la sensibilidad se refiere a la capacidad expresiva y comunicativa del ser humano. El amor es aquella experiencia por la que una persona entra en relación plena, cálida y verdadera con otra persona, a la que reconoce bondad y dignidad y de la que recibe, en reciprocidad, el mismo

reconocimiento. El amor es una vivencia interior que se expresa en todos los ámbitos y todas las esferas de lo humano, especialmente en el mundo interpersonal. En la persona enferma la necesidad de ser amado es patente, pues requiere de los cuidados, la atención y el respeto de sus semejantes para poder desarrollarse humanamente. La relación de amor- contemplación requiere tres categorías fundamentales: La dualidad, el deseo y el bien. El amor requiere la dualidad entre el ser humano y el mundo, el amor es pues unión pero no disolución. La relación de amor-contemplación requiere por otro lado deseo, el deseo es la condición fundamental del amor, el amor es deseo, pero deseo del bien, desear el bien de alguien es desear su desarrollo integral, su plena actualización en todos los planos y niveles de los humanos³³. Así las enfermeras manifiestan:

...“Tenemos mucha sensibilidad, somos personas buenas, nos sentimos un apoyo para ellos. Hacemos bien nuestro trabajo, lo hago con amor y cuando se hacen las cosas con amor uno se siente satisfecho, me siento tranquila, me siento bien, y en oncología tenemos que ser muy sensibles, muy amorosas, muy comprensivas”... E1

...“Aprendes amar a seres que no son ni tu familia, entonces sabes lo tan valioso que pueden ser unas palabras como “estoy contigo”, “cálmate”, “descansa”... E3

...“Me gusta mucho, trabajar en oncología, conocer al paciente, me gusta mucho que el paciente se sienta bien conmigo, se sienta bien acá en el servicio a pesar de que es bastante trabajo, me gusta trabajar, cansa pero es un cansancio que vale la pena, porque el paciente te da las gracias, te dice que buena eres, o gracias señorita porque no me ha hecho doler o gracias señorita por ponerme la ampolla, es un ángel”.... E4

...“Enfermería es para mí, mi vocación, estudié enfermería por vocación de servicio, me gusta ayudar al prójimo, enfermería es amor, no me veo en otras actividades, estar presente en el servicio es brindar todo ese amor que tú tienes para ayudar a los pacientes en su mejoría”... E6

Las enfermeras deben ser siempre sensibles para poder brindar un cuidado con amor e integral, que preserve siempre los derechos de las personas como seres humanos. Enfermería es amor, una carrera profesional de ayuda al prójimo, a la búsqueda de su bienestar general, las enfermeras se catalogan como sensibles, personas buenas que siempre tratan de hacer bien su trabajo, un trabajo con amor y comprensión que busca calmar la angustia

de las personas por enfrentarse ante la noticia de la muerte, aprenden a valorar la vida, a amar a las personas que cuidan, seres que no son su familia pero que se sienten satisfechas cuando obtienen buenos resultados, a pesar del cansancio sienten que vale el esfuerzo hecho ya que las personas con cáncer en fase terminal.

La sensibilidad es la facultad de sentir compasión, piedad, empatía; siendo por tanto, una capacidad de captar y expresar sentimientos. La sensibilidad está presente en la observación, la escucha atenta, el toque, la dedicación, la contemplación, puntos básicos que intervienen para un cuidado sensible; entonces la enfermera muestra mayor preocupación, demuestra afectividad y dedicación en los cuidados realizados, convirtiéndolo en un cuidado humano⁴⁴.

Ante esto personas y familiares revelaron lo siguiente:

...“Yo tengo mucho dolor y lloro a veces, las enfermeras me dicen que me calme, tratan de consolarme lo más que puedan, me dicen cálmate mi amor, todo esto va pasar, me siento feliz cuando me dicen así”... P5

..“El trato es con cariño y amor, la tratan bien le dicen hola mamita, te sientes bien, cuídate mucho, nos estamos viendo”... F2

Las personas con cáncer en fase terminal y familiares acompañantes perciben al cuidado como sensible cuando las enfermeras los consuelan, les hablan con palabras bonitas, manifestando que se sienten felices cuando la enfermera muestra contemplación, afectividad y dedicación en el cuidado.

En busca de un cuidado sensible se precisa que las enfermeras debemos invertir más en las formas comunicacionales, en las manifestaciones de lo dicho y no dicho, que se expresan en la afectividad de los contactos, en la disponibilidad y entrega; en el diálogo objetivo, coherente e interesado, en la conversación dedicada, terapéutica o en todo aquello que implica el diálogo efectivo; en la aproximación, observación rápida y cuidadosa⁴⁴. Ante lo expuesto anteriormente familiares acompañantes manifiestan:

...“Me siento alegre, feliz, que me hablen así es una bendición, porque no todos los días puedes encontrarte con personas buenas, a veces ellas se estresan y te dicen que te esperes a veces se desesperan porque ya ni te responden pero eso se entiende porque con tantas personas que tienen que cuidar se cansan, si yo con mi hija me canso no me imagino que sería con tantas personas hospitalizadas”... F3

...“Hay pocas enfermeras que las tratan con mucho amor, le dicen, a ver nena, señorita linda, bonita porque estás así, que te ha pasado, pero son pocas, contaditas. Lo que necesitamos son personas que consideren al paciente como una persona tan valiosa como ellas, porque puede ser su familiar, o su hermano o su padre, en eso hay que educarlas. Que sean más humanas, si ellas parten de dar amor, de expresarse un poco más y ser más comunicativas ayudaría mucho, existen enfermeras humanas acá, se sacan la mascarilla y te sonríen, te saludan, pero hay otras que no. Que sea humana, que las personas son seres humanos no son entes humanos, son personas que sienten, que necesitan, que les hable, que no les pueden poner un medicamento y no decirles o preguntarles si ya se siente mejor, o preguntarle cómo estás; un ente es cualquier objeto, cualquier cosa, un ente es una mesa, pero un ser humano es quien tiene muchos sentimientos formados por cuerpo y espíritu y en eso tenemos que tener cuidado”... F1

Para lograr un cuidado sensible es importante que la enfermera desarrolle la afectividad en el contacto con las personas enfermas con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. Que haya disponibilidad, entrega, un diálogo coherente y acertado en esos pequeños momentos significativos de interrelación. Sin embargo no todas las enfermeras cumplen con tal expectativa, algunas solo se dedican a cumplir con su trabajo mecánicamente, ante esto familiares y pacientes le recomiendan que sean más humanas, que consideren a los pacientes como personas tan valiosas como ellas mismas, es decir sean consideradas como seres humanos.

Como se ha podido evidenciar el diálogo de presencias es muy amplio y complejo y por eso mismo puede presentarse dificultades en el cuidado como a continuación se enuncian:

...“El hablar, por mi enfermedad me agito rápido, y no puedo conversar con ella mucho, pero si me llegan a entender cuando necesito algo. Solo a veces cuando le dicen que vengan a mi cuarto y se demoran y no le hacen caso, mi hijo tiene que ir otra vez a llamarla y se molestan un poco, le dicen joven no ve que estoy ocupada, ya voy por favor espere, si usted sabe cerrar la llavecita hágalo”... P6

...“La única dificultad es su estado de salud, ya que eso impide que no haya esa interacción, el paciente para pensando que su muerte está cerca. Bueno los caracteres son diferentes, el entorno social y la empatía también es diferente, a todos no les vas a caer siempre bien”... E3

2. COMPLEMENTARIEDAD ENFERMERA / FAMILIAR ACOMPAÑANTE PARA EL CUIDADO CORPORAL A LA PERSONA HOSPITALIZADA CON CÁNCER EN FASE TERMINAL.

El principio de complementariedad, se refiere al desempeño de los roles en las situaciones sociales, cubriendo las expectativas de los compañeros en la interrelación. Este principio es de mayor significancia de armonía y estabilidad en las que ocurren las relaciones interpersonales. Puede haber disimilaridad en las expectativas y desempeños de los roles, debido a diferencias culturales de clase social o individuales, por falta de complementariedad²¹.

La relación complementaria enfermería- familiar acompañante, se produce porque ambos desarrollan el rol social de cuidado en el hospital, donde en mutuo acuerdo o desacuerdo, la familia desempeña actividades de cuidado en el hospital, siendo la enfermera quien les enseña, educa y apoya para afrontar la fase terminal del familiar hospitalizado. Estos seres singulares enfermera- familiar acompañante, se complementan, se enlazan, se relacionan, se auto-organizan, a pesar de las discrepancias que puedan haber entre ellos, tiene como fin primordial el cuidado de la persona con cáncer en fase terminal. En ese sentido, enfermería - familiar acompañante cuidan, y se cuidan, es decir, la enfermera realiza el cuidado como imperativo moral y profesional, y el familiar que acompaña y cuida lo hace como un deber familiar y un acto de amor recíproco. Ambos cuidadores preocupados por satisfacer las necesidades y cumplir con los deseos de la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal⁹.

La complementariedad enfermería/ familiar acompañante se desarrolla a partir del rol social que cumplen ambos como cuidadores, mientras el primer cuidador es formal, es decir cuida por un deber moral y profesional, el otro cuidador es informal pero lo hace en un acto de amor y deber familiar, ambos cuidadores se organizan con el fin de satisfacer las necesidades básicas de la persona en fase terminal, para que así ella viva y muera con dignidad en un ambiente cómodo donde se sienta un clima de amor.

La complementariedad enfermera – familiar acompañante tiene como alianza la satisfacción de las necesidades básicas, el uso de las medidas de bioseguridad y la inclusión del familiar acompañante, sin obviar la fe religiosa de las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal y su familiar. Así cada subcategoría será descrita como a continuación se presenta:

2.1. Satisfacción de necesidades básicas y las medidas de bioseguridad: Entre la protección y el rechazo corporal.

La alianza enfermera – familiar acompañante consiste en satisfacer sus necesidades fisiológicas a través del cuidado físico, esto se basa en hacer una inspección general, canalizar una buena vía, movilizar a la persona hospitalizada para evitar escaras, administrar tratamiento medicamentoso, controlar los signos vitales y estar pendientes si presentan dolor. El uso de las medidas de bioseguridad para el cuidado de la persona con cáncer en fase terminal consiste en que la enfermera utiliza barreras de protección para prevenir la transmisión de enfermedades debido a que su sistema inmunológico se encuentra deprimido, cuando no es necesario utilizar dichas medidas las enfermeras no lo hacen para evitar que el paciente se sienta aislado y rechazado, sin embargo algunas enfermeras evidencian que si se encuentran cubiertas la persona hospitalizada no puede mirar su rostro, su expresión y no deja ver una comunicación abierta.

Entonces en las relaciones estas barreras de protección pueden significar problemas, por ejemplo tocar al paciente mediante una palmadita y un abrazo sin quitarse el guante que por ende no va permitir un contacto piel a piel, el sonreír a nuestro paciente y que la persona y familiar acompañante no lo vea porque están con la mascarilla, pero que sin embargo esta sonrisa se demuestra porque la mirada cambia, los ojos se iluminan y están fijos en la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, entre otros ejemplos que generan un gran dilema entre la protección y el rechazo por el uso de estas medidas de bioseguridad. Sin embargo existen pacientes concientizados que entienden que las medidas de bioseguridad son utilizadas para protegerlos debido a que se encuentran con las defensas bajas, pero algunos piensan que las enfermeras las utilizan para que no se contagien de su enfermedad; con los familiares no hay dificultad porque ellos entienden que es por el bien de la persona hospitalizada.

Las necesidades básicas aparecen de forma sucesiva, empezando por las más elementales o inferiores de tipo fisiológico. A medida que se van satisfaciendo en un determinado grado, van apareciendo otras de rango superior. Por cuestiones del tema de investigación a continuación será abordada la necesidad fisiológica, la cual es considerada de origen biológico y está orientada hacia la supervivencia del hombre⁴⁵.

Es muy importante satisfacer las necesidades físicas de la persona enferma con cáncer terminal ya que la mayoría de los trastornos que aparecen en los pacientes terminales se pueden prevenir o paliar siguiendo recomendaciones sencillas o tratamientos básicos como lo son: Perfusión de una vía endovenosa para administración farmacológica, la higiene y la hidratación de la piel, el cambio frecuente en la postura y masajes que faciliten la circulación; entonces la enfermera deberá priorizar planes de cuidado para prestar una atención individualizada y coherente⁴⁶. Ante lo expuesto anteriormente las enfermeras del servicio de oncología manifiestan:

“Tenemos pacientes que lo primero que vemos es canalizarle una buena vía para que el medicamento pase bien y sea bien administrado, si el paciente tiene un pequeño dolor o está enrojecida la zona de la vía le volvemos a canalizar otra vía, también movilizamos a los pacientes con ayuda del familiar y del técnico, cuando tienen escaras las curamos, mayormente eso se hace en las mañanas, en las noches les cambiamos las gasitas si están húmedas.” E4

“Me acerco al paciente, le hago una visión general de cómo está el y veo si tiene escaras, lo movilizamos, le ponemos colchonetas o bolsas de agua para que no tengan úlceras de presión con ayuda del familiar.” E1

“Bueno las acciones que uno realiza con cada paciente es de acuerdo al diagnóstico por ejemplo el cambio de posiciones de cada paciente, de repente su baño diario, sus masajes, etc.”

La satisfacción de la necesidad fisiológica a través del cuidado físico a las personas con cáncer en fase terminal se basa en hacer una inspección general, canalizar una buena vía, movilizar a la persona hospitalizada para evitar escaras, administrar medicamentos, tomar signos vitales y estar pendientes si presentan dolor o alguna otra molestia. Así las personas con cáncer en fase terminal manifestaron:

“Las enfermeras hacen su función y lo hacen bien, primeramente nos ubican luego nos dan el tratamiento según la indicación del médico, nos evalúan constantemente. Cuando llega la enfermera nos toman la presión, la temperatura.” P1

“La enfermera viene y me coloca las ampollas que necesito, me da mis pastillas también, me pone el suero a veces lo cambia cuando ya se acaba, me vuelve a incar el brazo si no pasa bien el suero, después me pregunta cómo estoy si he dormido bien, si quiero alguna cosa que le pida, me dice está bien en esa posición señor, quiere que le suba o le baje más la cama y cuando le digo que lo hagan lo hacen.” P4

“Aquí solo vienen y te ponen la medicina, no les importa si te sientes bien o mal, como ya te vas a morir y tienes esta enfermedad te dejan de lado, solo te ponen el suero y las medicina, eso sí son a la hora pero después nada más.” P2

Los personas hospitalizadas manifiestan que los cuidados físicos que las enfermeras realizan son entre otros: la administración de medicamentos, el control de los signos vitales, les preguntan si se encuentran en una posición cómoda y si no lo están los acomodan; así mismo algunos evidencian que solo llegan a administrar el tratamiento indicado y luego se van, perciben que no son importantes ante la enfermera debido a que se encuentran próximos a la muerte.

Así mismo este cuidado físico también incluye el uso de las medidas de bioseguridad que algunas veces puede ser percibido como una barrera entre la relación de la enfermera-persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y familiar acompañante:

El uso de medidas de bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los usuarios y de la comunidad, frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos. Para prevenir la transmisión de enfermedades se utilizan barreras como: mascarillas, guantes, gorros, anteojos, delantal impermeable, mandilones, botas de tela o de material impermeable⁴⁷. Al respecto las enfermeras y personas hospitalizadas manifestaron:

“Uso el mandilón, la mascarilla, el gorrito, guantes cuando es necesario, y cuando no lo es pues no utilizo porque eso hace sentir al paciente que lo estamos aislando. A veces es una barrera que tú te vayas toda tapada, equipada, entonces el paciente siente que lo estamos rechazando, que lo estamos aislando.” E1

“En la relación las medidas de bioseguridad a veces perjudica porque estás cubierta y el paciente no puede mirar en sí tu rostro, tus expresiones y no deja ver una comunicación abierta, la mascarilla es como una barrera entre la comunicación de ambos.” E2

“Tiene sus dos lados muchas veces, como que a veces ellos piensan que tienen algo malo y nosotros no queremos contagiarnos; en la relación a veces nos dicen que parecemos molestas pero cuando uno les habla se dan cuenta que nos es así. En realidad no perjudica porque protegemos al paciente y nos protegemos a nosotros mismos, en la relación lo primordial es la comunicación y tú te puedes comunicar con ellos sin ningún problema.” E6

“Parece que ellas me rechazan porque se tapan todo, derrepente como saben que me voy a morir piensan que les voy a contagiar lo que tengo, eso no ayuda en nada.” P2

Para prevenir la transmisión de enfermedades se utilizan diferentes tipos de barreras como: mascarillas, guantes, gorros, anteojos, delantal impermeable, mandilones, entre otras medidas de bioseguridad, cuando no es necesario utilizar dichas medidas las enfermeras no lo hacen para evitar

que la persona se sienta aislada y rechazada; sin embargo algunas evidencian que si se encuentran cubiertas la persona con cáncer en fase terminal no puede mirar su rostro, su expresión y no deja tener una comunicación abierta; los pacientes concientizados entienden que las medidas de bioseguridad son utilizadas para protegerlos a ellos debido a que se encuentran con las defensas bajas pero algunos piensan que las enfermeras las utilizan para que no se contagien de su enfermedad. Con los familiares no hay dificultad porque ellos entienden que es por el bien de la persona hospitalizada. En las relaciones estas barreras pueden significar muchos problemas, por ejemplo tocar al paciente mediante una palmadita y un abrazo sin quitarse el guante que por ende no va permitir un contacto piel a piel, el sonreír a nuestro paciente y que la persona y familiar acompañante no lo vea porque estamos con la mascarilla, sin embargo esta sonrisa se demuestra porque nuestra mirada cambia, nuestros ojos se iluminan y están fijos en la persona con cáncer en fase terminal y familiar acompañante, entre otros ejemplos se genera un gran dilema entre la protección y el rechazo por el uso de estas medidas de bioseguridad.

Las medidas de Bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en los centros hospitalarios y deben ser cumplidas por todo el personal que labora; se debe tener en cuenta como principio “no me contagio y no contagio”; por lo tanto debe de entenderse como: una doctrina de comportamiento encaminada a lograr aptitudes y conductas que disminuyan el riesgo de adquirir infecciones. Entonces es importante lograr la concientización adecuada de los familiares acompañantes y personas enfermas, en cuanto a la aplicación y cumplimiento de las medidas de bioseguridad, ya que las personas con cáncer en fase terminal tienen un riesgo muy elevado de contraer infecciones, ya sea por la enfermedad y/o los tratamientos que pueden provocar trastornos en la defensa del organismo de diferentes maneras⁴⁸. Al respecto personas hospitalizadas y familiares acompañantes manifiestan:

“A mí y a mi hermana las enfermeras que se ponen guantes, mascarilla y su mandilón porque yo no tengo muchas defensas entonces me pueden contagiar de cualquier enfermedad, ellas nos hablan mucho de eso así que no importa si se cubren.”P4

“El uso de las medidas de bioseguridad ayuda porque la gente de este pabellón son personas de defensas muy bajas, por lo tanto las enfermeras tienen que estar bien limpias, bien ordenadas: en la relación interpersonal no perjudica porque si ellas te hablan no hay problema tú las escuchas, es saber cómo llegar a la persona.”F1

“La enfermera se está protegiendo de tantas cosas que hay en el ambiente y mejor es prevenir que lamentar, a nosotros también nos obligan ponernos la mascarilla, en la relación no perjudica porque la señorita con su mascarilla nos sonrío, nos hacen bromas, me doy cuenta porque se siente.” P1

Como se puede apreciar las medidas de bioseguridad están orientadas a la prevención de contraer infecciones, entonces es de suma importancia que la enfermera se tome el tiempo para explicarles porqué usa tantas medidas de bioseguridad, así logra la concientización en familiares y pacientes para prevenir enfermedades intrahospitalarias, cabe resaltar que si los usuarios ya están concientizados no existirá problemas en las relaciones interpersonales pero que sin embargo en el tacto y contacto se presentará una barrera que impedirá el rose de piel a piel encontrándonos de nuevo en el dilema entre la protección y el rechazo por las medidas de bioseguridad.

Ante lo expuesto anteriormente se recalca que es importante incluir al familiar acompañante en el cuidado a la persona con cáncer en fase terminal ya que es él el nexo de unión con su familia, así se desarrolla la siguiente subcategoría:

2.2. Inclusión del familiar acompañante para el cuidado corporal de la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal.

El papel que juega la familia es fundamental para el desarrollo favorable de cualquier individuo, dentro de ésta se establecen vínculos familiares que son agradables, duraderos y sólidos, estos se enfocan en la dinámica que los lleva a establecer como principales vínculos familiares a la protección, el cuidado y seguridad de cada uno de sus miembros. Enfermería considera a la

familia como parte del ambiente del individuo, como un grupo en constante interacción, es por esto que este enfoque permite visualizar formas diferentes de afrontar la internación del sujeto. Entendiendo a la familia en un contexto social, económico y cultural, la internación provoca cambios y conflictos en su funcionamiento estructural y sufre desequilibrio entre sus miembros originado por la enfermedad, entonces la enfermera debe comprender lo importante/relevante que es para él que esté presente su familiar y que su apoyo del mismo le proporcionará seguridad emocional frente al problema que vive⁴⁹.

Entonces es muy importante para las enfermeras establecer una comunicación con la familia del enfermo terminal, de modo que se le haga partícipe de la misma atención humana y sanitaria que se le presta ³⁵.

Así debe existir la proximidad con los seres queridos (familiares acompañantes), se debe facilitar la participación con ellos en los cuidados del paciente; se debe atender la tristeza y las preocupaciones de los familiares. Concretamente el familiar acompañante deberá también ser incluido en el plan de cuidados de enfermería, y se justifica esta medida porque la implicación y participación de éste resulta imprescindible para el desarrollo del plan de cuidados⁵⁰.

El principal recurso de todo ser humano es la familia, esto quiere decir que es el soporte esencial que se posee para poder afrontar los momentos difíciles como lo es la enfermedad y en forma conjunta superarla. La relación enfermera/familiar acompañante, lleva implícito un reparto de roles y enfermería utiliza roles estratégicos para que la relación ayude y permita brindar una atención adecuada y oportuna, tratando en forma conjunta los problemas que afectan la salud y dificultan su calidad de vida. La inclusión del familiar acompañante es muy importante para el cuidado de la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal, así la enfermera debe establecer una comunicación y relación amical, de modo que se le haga partícipe de la

misma atención humana y sanitaria que se le presta a su familiar, por lo tanto el familiar acompañante es el nexo de unión entre los profesionales sanitarios y la persona cuidada; esto significa que debemos cuidar de ellos también, así las enfermeras tratan de satisfacer las necesidades fisiológicas del familiar acompañante intentan ofrecer un adecuado confort durante las noches de la estancia hospitalaria; sin embargo los hospitales no han sido construidos para acoger al familiar acompañante. Ante esto enfermeras y personas con cáncer en fase terminal refieren:

“La movilización se hace generalmente con ayuda del técnico de enfermería o con la ayuda del familiar, generalmente con la ayuda del familiar porque hay involucrarlos a ellos en el cuidado.” E1

“Todo los cuidados de enfermería se hacen con el familiar porque el paciente de oncología es bastante dependiente.” E2

“Siempre le pido ayuda al familiar para poder movilizarlo de la manera más correcta y causarle que su dolor sea menos.” E5

Es importante incluir al familiar acompañante porque él tiene un papel como informante, proveedor de cuidados y persona que toma decisiones importantes en la organización de la vida de la persona hospitalizada y su familia. Es el nexo de unión entre los profesionales sanitarios y la persona cuidada. Para lograr un cuidado integral se incluye al familiar en este proceso, se le pide su colaboración en la movilización, ya que la persona hospitalizada en el servicio de oncología es muy dependiente, además son siempre los familiares acompañantes que permanecen más tiempo con las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal. Sin embargo esto puede generar agotamiento físico en el familiar acompañante por lo que podría significar un problema, entonces resulta importante cuidar del familiar acompañante.

Las personas que asumen el rol de cuidadoras acompañantes de enfermos terminales, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, que

incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales. Entonces el cuidar a un familiar acompañante significa tener en cuenta también a los miembros de la familia durante el proceso de cuidados, y ser conscientes que este proceso no finaliza con la muerte de la persona hospitalizada, siendo esencial el acompañamiento en el manejo adecuado de la separación definitiva con la persona cuidada⁴⁹.

Al respecto se presentan los siguientes discursos de las enfermeras:

“Si el familiar se enferma va a significar un problema y si un familiar no está no hay quien me pueda ayudar y siempre estamos en coordinación, es muy importante cuidar al familiar.” E2

“Los familiares son las personas que más nos ayudan ya que están las 24 horas con su familiar.” E3

“El familiar acompañante es de gran ayuda, porque la cantidad de personal de enfermería profesional y no profesional es insuficiente para la gran demanda de pacientes oncológico que tenemos en este servicio, por eso es que acá es el único servicio que el familiar cuenta con un pase permanente.” E5

El cuidar a un familiar acompañante es de suma importancia pues son ellos los que se encuentran perennemente al lado de la persona enferma con cáncer en fase terminal, si ellos enferman significará un gran problema ya que son ellos los que comparten roles y ayudan a las enfermeras las 24 horas debido a la gran demanda de personas con problemas oncológicos, por lo tanto se forma así un equipo que permite brindar una atención adecuada y oportuna, para tratar en forma conjunta los problemas de la persona con cáncer en fase terminal.

Entonces la inclusión del familiar acompañante significa también cuidar de ellos también, así las enfermeras para tratar de satisfacer las necesidades fisiológicas de ellos intentan ofrecerles un adecuado confort durante las noches de estancia hospitalaria.

Así el confort es definido como el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Las intervenciones enfermeras están diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, ambientales y físicas. Es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades de alivio para el contexto físico⁵¹.

Al respecto enfermeras y familiares acompañantes manifestaron:

“El familiar acompañante tiene una silla donde puede descansar y si ellos traen su comodoy está permitido y los dejamos que descansen.” E1

“El familiar generalmente descansa en una silla y por lo general usamos la escalinata para que ponga los pies, le decimos que el cuidado del paciente sea rotativo porque se pueden agotar.” E2

“Yo duermo acá con mi mamá acompañándola a veces si la otra cama está desocupada me duermo ahí, si no en una silla.” F4

“Las enfermeras dan una colcha pero para dormir en el suelo, yo duermo en el suelo pongo cartones y tiro algo para poder echarme, aquí no te dan casi nada.” F5

En ese sentido el confort tiene como receptores a los familiares acompañantes, este cuidado se sitúa dentro del tipo de alivio ya que ambos ven satisfecho una necesidad específica y en el contexto en el que se produce este confort es más el físico ya que pertenece a satisfacer las necesidades del cuerpo, como lo es el descanso. Sin embargo algunos familiares acompañantes descansan en una silla o simplemente tiran cartones al suelo, otras enfermeras les brindan colchonetas para que puedan descansar, si ellos deciden traer su mueble de descanso está permitido, siempre y cuando sea pequeño.

Entonces se puede afirmar que existe un descuido al familiar acompañante, esto se pudo evidenciar a través de lo que enfermeras y personas hospitalizadas expresaron:

“El cuidado mayormente se centra en la persona con cáncer en fase terminal, al familiar uno puede alcanzarle una silla pero ni las sillas son cómodas, eso

se escapa de nosotros. El familiar sufre mucho, a veces no come o come la comida del paciente.” E3

“No tenemos, no contamos con un ambiente para la familia, lo que debe ser ideal porque aquí el familiar permanece en una forma permanente con su paciente y el familiar aparentemente es una persona sana por eso ya nos despreocupamos de ellos”. E5

“La enfermera solo se dedica a mí, ellas ven por mí que soy la de la enfermedad, a mi hija no la cuida nadie porque ella está sana, yo soy la enferma”. P1

“A mí me cuida mi hermana, ella le pregunta como está, como le va, pero la enfermera no la cuida mucho porque tiene muchas preocupaciones con los demás pacientes, entonces no puede atenderla. Ella la trata bien pero no es mucho lo que habla con ella porque tiene muchos pacientes, siempre le pregunta cómo está, cómo le va, y se va a ver a los demás enfermos”. P5

Como se puede evidenciar el cuidado se centra en su plenitud a la persona hospitalizada, al familiar acompañante en el mayor de los casos se le deja de lado, no cuidan de ellos, existe una total despreocupación hacia ellos justificándolas que ellos están sanos y no necesitan de sus cuidados.

En la inclusión del familiar acompañante, la enfermera establece una comunicación y relación amical, de modo que se le haga partícipe de la misma atención humana y sanitaria que se le presta a su familiar, ya que él es el nexo de unión entre los profesionales sanitarios y la persona cuidada, esto incluye cuidar de ellos; entonces las enfermeras intentan satisfacer las necesidades fisiológicas del familiar acompañante y tratan de brindarles confort durante las noches de la estancia hospitalaria, ya que los familiares acompañantes son siempre los que permanecen más tiempo con sus personas enfermas, es por eso que resulta muy importante cuidarlos ya que si ellos enferman podría significar un gran problema, entonces decimos nuevamente que resulta muy importante cuidar del familiar acompañante. Pero debido a la gran demanda de personas hospitalizadas y a la escasez de personal de enfermería, el cuidado se centra en la persona enferma con cáncer en fase terminal. Por otro lado las enfermeras también cuidan de la parte religiosa de la persona hospitalizada tal como evidencia en la siguiente subcategoría:

2.3. La corporalidad y la fe religiosa.

Cuidar de las personas que padecen de cáncer es siempre un desafío debido a la complejidad de la situación. Exige el trabajo de diferentes profesionales, trabajando juntos con la persona hospitalizada y la familia, cuando es necesario. Se sabe que la enfermedad significa una amenaza a la vida, golpea, alcanza a cada persona en su totalidad biopsicosocial, pero igualmente en los aspectos espirituales. Por lo tanto, la asistencia necesita abarcar estas dimensiones: afectiva-emocional, psicosocial y espiritual de ese paciente y de los cuidadores. Tener fe religiosa es el mejor recurso para enfrentar la situación de enfermarse y es posible que exista un espacio tanto para la ciencia cuanto para los aspectos psico-espirituales: religiosos. Entonces las enfermeras tienen la necesidad de estar atento a la fe religiosa de su paciente, o sea, reconocer su dimensión espiritual, en la medida en que esta le trae estímulo, coraje y esperanza para encarar la propia enfermedad⁵².

La espiritualidad es una dimensión de cada ser humano, esta dimensión espiritual se revela a través de la capacidad de diálogo que cada ser tenga consigo mismo y con su propio corazón. Sus supuestos y proposiciones tienen un mayor énfasis en la religiosidad con el cumplimiento de ritos, creencias y fe religiosa. La práctica de la religión al enfermo terminal le va permitir salvar su alma y alcanzar la vida eterna permaneciendo en el amor de Dios, sea cual sea nuestra ideología o creencia, conviene ser sensible a estas necesidades del enfermo terminal, poniéndolo en contacto con sus personas de referencia en este tema, o los ministros del culto que profesen. Esto puede ayudar al paciente y a su familia^{53,54}.

La dimensión religiosa a la persona con cáncer en fase terminal se basa en que la enfermera establece un medio de comunicación entre Dios y la persona terminal, entre Dios y el familiar acompañante; sin importar que tipo o ideología profese, pues lo único que importa es que la persona encuentre en ella el recurso para enfrentar la situación de enfermarse y por ende vaya en

paz hacia el encuentro de Dios. Al respecto se presentan los siguientes discursos:

“No solo es llegar y estar presente en cuerpo y alma si no en espíritu, hablarles de Dios, eso es muy bueno para ellos. Nuestra fe hay que transmitirla al paciente, la fe que ellos también estén limpios de su alma para que vayan a la gracia de Dios”.E1

“Le dicen que tiene que poner de su parte, que tiene que creer en Dios, que la parte física no lo es todo que hay que tener presente a Dios”. F6

“Le hacen orar, una enfermera una vez nos dijo que cuando ya no tengamos fuerzas que oremos y que en esa oración encontraremos la fuerza que necesitamos”. F3

“Me han dado un aliento para seguir adelante, me dijeron que tenía que seguir adelante, que tenía que ser fuerte, tener fe y que me iba a mejorar”. P1

El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros; las enfermeras afirman que no solo es estar presente en cuerpo sino también en espíritu, les hablan de Dios, enseñan y hacen orar a las personas con cáncer en fase terminal y familiares, ellos entienden que esta es una forma en que le transmiten fuerzas, puesto que les dan aliento para que sigan adelante enseñándoles a tener fe para que vayan a la gracia de Dios; entonces las enfermeras son sensibles ante estas necesidades del enfermo terminal ya que saben que es el mejor recurso para enfrentar esta situación de vida – muerte.

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES

- La corporalidad hace que el cuidado de enfermería se humanice porque incluye un cuidado sensible idóneo de transmitir y recibir amor, se desarrolla a través del lenguaje corporal, pues el cuerpo es capaz de expresarse y comunicarse a través de los gestos, miradas y palabras; comprendiendo que las personas cuidadas son seres susceptibles al lenguaje verbal y no verbal que es capaz de transformar los estados de ánimo.
- La primera categoría: El lenguaje corporal en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, es de suma importancia porque se trata con personas susceptibles enfrentadas ante el diagnóstico de la muerte, y lo único que necesitan es que la enfermera se muestre humana y compasiva con el único objetivo de brindar un cuidado humano.
- El lenguaje corporal a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal es abordado mediante la percepción del cuerpo donde se enfoca su imagen corporal de las personas con cáncer en fase terminal y se demuestra cómo la persona siente y piensa sobre su propio cuerpo, atraviesa por un proceso de aceptación de la enfermedad, es una situación muy complicada donde la persona hospitalizada crea un mecanismo de defensa que se manifiesta a través del rechazo e ira; entonces las enfermeras deben incluir en el cuidado la corporalidad para ayudar a los enfermos con cáncer en fase terminal a aceptar su enfermedad.
- La enfermera que cuida a personas con cáncer en fase terminal debe ser, afectuosa, gentil, cortés, agradable, servicial, portadora de una sonrisa y capaz de brindar una caricia como lo es una palmadita en la

mano o la espalda; debido a que la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal necesita ser respetado, acogido, escuchado, comprendido y ser tratado con amabilidad.

- Las enfermeras deben ser siempre sensibles para poder brindar un cuidado con amor y que preserve siempre los derechos de las personas como seres humanos, por ello las personas hospitalizadas con cáncer en fase terminal deben recibir una adecuada información y ayuda para que acepten la enfermedad terminal.
- La segunda categoría, complementariedad enfermería/ familiar acompañante para el cuidado corporal a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal, se desarrolla a partir del rol social que cumplen ambos como cuidadores, ellos se organizan con el fin de satisfacer las necesidades básicas de la persona en fase terminal, para que viva o muera con dignidad en un ambiente cómodo donde se sienta una atmósfera de afecto y amor.
- La satisfacción de las necesidades básicas se prioriza en hacer una inspección general, canalizar una buena vía, movilizar al paciente para evitar escaras, administración de medicamentos, tomar los signos vitales y estar pendientes si las personas enfermas con cáncer en fase terminal presentan alguna molestia.
- El uso de las medidas de bioseguridad para el cuidado de la persona con cáncer en fase terminal consiste en que la enfermera utilice barreras de protección para prevenir la transmisión de enfermedades ya que ellos se encuentran con las defensas bajas; estas barreras protectoras de bioseguridad pueden significar rechazo para el enfermo terminal, por ejemplo el tocar al paciente sin quitarse el guante no permite que exista un contacto de piel a piel, el sonreír a la persona hospitalizada y al familiar acompañante y no lo vean porque

las enfermeras están con la mascarilla; sin embargo esta sonrisa se demuestra porque nuestra mirada cambia, nuestros ojos se iluminan y están fijos en las personas que cuidamos, generando un dilema entre la protección y el rechazo por el uso de las medidas de bioseguridad.

- La inclusión del familiar acompañante es muy importante porque es quien nos da información y el que toma decisiones importantes en la organización de los cuidados hospitalarios a la persona con cáncer en fase terminal.
- La fe religiosa en el cuidado a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal cumple un rol importante en el afrontamiento de la enfermedad, especialmente en el cáncer. Permite nutrir la esperanza, re-significar la experiencia y buscar un sentido a la vida, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Incluso la enfermera puede trascender en su cuidado haciendo que las personas mueran en paz con Dios.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

Recomendaciones a las instituciones de salud:

- Considerar dentro de la estancia hospitalaria a la corporalidad, es decir que exista desde un primer momento una interacción que involucre un diálogo y toque de presencias.
- Que la enfermera ponga de manifiesto su corporalidad mediante una empatía que haga referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas como escuchar y comprender al otro.
- Habrá desde el primer momento de interacción enfermera/persona con cáncer en fase terminal y familiar acompañante una acogida afectuosa, calurosa involucrando lenguaje verbal y no verbal.
- La enfermera durante el proceso de atención de enfermería practicará valores como equidad, respeto, y amor.
- Establecer en el perfil de la enfermera del servicio de oncología cualidades como comunicadora, comprensiva, tierna, amable, sensible y poseedora de buen humor.
- Organizar un proyecto para la creación de un Instituto de Enfermedades Neoplásicas- Región Norte debido a la gran demanda de personas con cáncer.
- Implementar un programa de cuidado al familiar acompañante que incluya alimentación, comodidades para el descanso y actividades de relajación en la estancia hospitalaria.
- Crear un ambiente adecuado para la permanencia de los familiares acompañantes que incluya sala de lectura y música de relajación.

- Fomentar siempre la complementariedad enfermera/familiar acompañante para darle solución a los problemas que se puedan presentar durante el proceso de cuidado de enfermería, esto se logrará a través de la confianza, seguridad, comunicación, relación amical, contacto y empatía entre ellos.

Recomendaciones a las instituciones formadoras:

- Incluir en el plan curricular temas como la corporalidad en el cuidado de enfermería y el cuidado al familiar acompañante.
- Fortalecer temas como los cuidados paliativos abarcando hasta el proceso de duelo en la familia.
- La estudiante al finalizar la carrera deberá contar con un perfil humanitario capaz de brindar un cuidado transpersonalizado, sensible e integral.

Temáticas de investigación generadas a partir de la tesis:

- Cuidado sensible: Una nueva forma de cuidar.
- Complementariedad enfermera – paciente - familiar acompañante.
- Comodidad y confort al familiar acompañante.
- Percepción del familiar acompañante sobre el cuidado de la enfermera.
- El uso de medidas de bioseguridad y la percepción de las personas con problemas oncológicos.
- Cotidiano del familiar acompañante.
- Cuidados paliativos y visitas domiciliarias en el servicio de oncología.
- Implementación del programa “Satisfaciendo los últimos deseos a las personas con cáncer en fase terminal”.

- Percepción de las estudiantes de pregrado ante el trato de pacientes con enfermedad terminal.
- Implementación de un programa “Cuidado espiritual a las personas con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 2012 [Acceso 4 de Agosto de 2013]. Temas de Salud: El Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>
2. Organización Panamericana de la Salud. 2012. Estados Unidos de América. Pan American Health Organization. [Acceso 4 de Agosto de 2013]. Temas de Salud: Cáncer. Disponible en: <http://www.new.paho.org/hq/index.php>
3. Revilla L. Vigilancia Epidemiológica de Cáncer. 2011. Perú. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. 20(04): 55-56. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe>
4. Semanario Regional Expresión. 2012. Chiclayo. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. Edición 768. Disponible en: <http://www.semanarioexpresion.com/notiver.php?codigo=M4704Y71>
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2012. Perú. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. Indicadores de Salud. Disponible en: <http://inen.sld.pe>
6. Oficina de Estadística DIRESA. Chiclayo. Noviembre 2012.
7. Moreno Fergusson María E. Cuerpo y Corporalidad en la Paraplejia: Una teoría de enfermería. [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2011.
8. Mariotti de Santana María y Salette Bessa María. El propio cuerpo como experiencia vivida por la enfermera al cuidar del otro durante el proceso de muerte. 2007. Brasil. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. 15(03). Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
9. Díaz y Bustamante. Enfermería, familia y persona con cáncer terminal. Del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar. Perú: Emmanuel; 2011.
10. Bohórquez G. Francisco y Jaramillo E. Luis. El diálogo como encuentro. Aproximaciones a la relación profesional de la salud – paciente. 2005. España. [Acceso 11 de Septiembre de 2013]. 14(50). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962005000200008>
11. De Souza Y. O corpo como mediador da relação homem/mundo. In: Texto Contexto Enfermagem UFSC: Filosofando na Enfermagem. Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 29-43, set./dez. 1997.
12. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. Sus e PSF para enfermagem. Práticas para o cuidado em saúde coletiva. Brasil. Yendis. 2010.
13. Waldow R. Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2006.
14. Ancízar Manuel y otros. Cuidado de la Vida: Facultad de Enfermería. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2006.
15. Watson Jean. Human caring science. A theory of nursing. 2da Edición. United States of America. Copyright. 2012.
16. Rivera Álvarez Luz y Triana Álvaro. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. 2007. Colombia. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. 10 (4). Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/trabajoslibres1.htm>
17. Waldow R. Cuidar: Expresión Humanizadora de la Enfermería. Ediciones Palabra. México. 2008
18. Nieto Munuera J. y otros. Psicología para Ciencias de la Salud. Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid. 2004.

19. Grupo de Cuidado de Enfermería. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2002.
20. Gutiérrez Agudelo María y otros. Adaptación y cuidado en el ser humano. Editorial Manual Moderno. Bogotá. 2007.
21. Bustamante S. Enfermería Familiar: Principios De Cuidado A Partir Del Saber in Común de las Familias de Trujillo – Perú: Facultad De Enfermería – UNT; 2004.
22. Jelin E. Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros, 2004. [Acceso 4 de Septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.risolidaria.org.pe/modulo/upload/infancia/derechos/66998019doc.pdf>
23. Gómez Sancho M. y Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: Control de Síntomas. España. Asta Médica: 1999.
24. León Correa F. Cuidados al Final de la Vida. Bioética y Enfermería. Chile. Escuela de Enfermería UDP: 2010.
25. Espina M. Problemas del cuidador y el afrontamiento del estrés. 2002. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.sovpal.org/capitulos/09%20Espina.pdf>
26. Quero A. Los cuidadores familiares en el Hospital Ruíz de Alda de Granada. [Tesis de Doctorado]. España: Universidad de Granada- Departamento de Antropología Social; 2007.
27. Burns, N. Investigación en Enfermería. 3^{era} edición. Saunders. Madrid-España, 2005.
28. Oliveira M. Como fazer pesquisa qualitativa. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro; 2004.
29. Hernández Sampieri y colaboradores. Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa 4^a.ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
30. Pérez, G. Investigación Cualitativa- Retos e interrogantes II- Técnicas y Análisis de datos-Editorial: la muralla. S. A-; Madrid- 1991
31. Sgreccia E; "Manual de Bioética". La bioética y sus principios, 4^o Edición. Madrid: Talisio, 9; 2007.
32. Tello C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009.
33. Torralba, F. Antropología del cuidar. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 1998.
34. American Society of clinical oncology. Planificación de los cuidados del enfermo con cáncer en etapa avanzada. Lo que los pacientes y sus familiares deben saber acerca de sus opciones al enfrentarse a una enfermedad grave. 2011. Estados Unidos [Acceso 21 de Septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.cancernet/sites/cancer.net/files/vignetto/advanced_cancer_care_plannig_ESP.pdf
35. León Correa F. Bioética Razonada y Razonable. Chile. Fundación Interamericana Ciencia y Vida. 2009.
36. Nieto Munera J. y colaboradores. Psicología para las ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana. 2004.
37. Cibanal Juan L. y Carmen Arce M. La relación enfermera – paciente. Colombia. Universidad de Antioquia. 2009.
38. Weis Bd. Health literacy: A manual for clinicians. American Medical Association. Estados Unidos. American Medical Associaton Foundation. 2003.

39. Carvajal Guerrero, Carlos y Rojas Pérez Angélica. Empatía y comunicación efectiva con el usuario. Tendencias en Salud Pública. 2005. Chile. [Acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en http://www.haciendo.go.cr/cif/sidovih/cursos/material_deapoyo
40. Milos Larraín P. y Simonetti A. Humanidad y Seguridad en la atención de pacientes. Chile. Mediterráneo; 2010.
41. Floriano, Luis. El fruto del espíritu: La amabilidad cristiana. 2012. Colombia. . [Acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://www.sermonplayer.com/c/IglesiaGracia/pdf/>
42. Bonil de las Nieves, Candela. El empleo del humor como estrategia de mejora de los cuidados. Index de Enfermería. [Acceso 11 de septiembre de 2013]. 19 (2-3). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2316.php>
43. Yélamos, Carmen y Fernández, Belén. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. 2011. Venezuela. . [Acceso 1 de noviembre del 2013]. Disponible en: <http://www.sovpal.org/wp-conten/uploads/2011/09/necesidades-emocionales-en-el-paciente-con-cancer>
44. Souza da Silva. Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. Brasil. 2012. [Acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://www.revistas.um.es/eglobalarticle>
45. Maslow, Abraham H. Motivación y Personalidad. Volumen 5. Madrid. Díaz de Santos. 2002
46. Aliaga, Font. Cuidados de enfermería en el enfermo terminal. 2004. España. [Acceso 19 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador
47. Fink, Susana. Bioseguridad: Una responsabilidad del investigador. 2010. Buenos Aires. [Acceso 4 de Septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
48. Torres Orue, Imila y Castillo Garcet Alejandro. Rol de la enfermería en la prevención de infecciones del paciente oncológico con neutropenia febril. 2011. España. [Acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE50
49. Ferrufino William y Gimenez Nadia. Vivencias del paciente en aislamiento. 2009. Córdoba. . [Acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.enfermería.fcm.unc.edu.ar>
50. Ruland C. y Moore S. Theory construction based ond standards of care: Aproposed theory of the peace ful end of life. Washington. Nursing outlook. 1998.
51. Kolcaba K. y Kolcaba R. Fiduciary decision-making using confort care. Estados Unidos. Philosophy in the contemporary world. 2003.
52. Rainer Martins, Elizabeth y Ales Bello, Angela. Religión y espiritualidad: Una perspectiva de profesionales de la salud. 2010. Brasil. . [Acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/>
53. Leitón Espinoza Zoila Esperanza y Gómez Luján María del Pilar. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. Perú. EDUNT. 2012.
54. Junta de Andalucía. Cuidados paliativos domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Documentos de apoyo. Consejería de Salud. España. 2012.

ANEXO Nº1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**LA CORPORALIDAD EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA
HOSPITALIZADA CON CÁNCER EN FASE TERMINAL Y SU FAMILIAR
ACOMPAÑANTE. CHICLAYO, 2013.**

Investigador: Katerin Isolina Gil Acedo.

Con este estudio se pretende describir y comprender la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, y realizar una propuesta teórica- práctica la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. Este estudio permitirá humanizar el cuidado de enfermería. El estudio ha sido aprobado por juicio de expertos y por el comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. El estudio no producirá daño a su persona. El procedimiento incluye:

1) Realizar la entrevista semi-estructurada. La cual será diseñada de acuerdo a lo que se quiere indagar; en este caso la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante. La participación en el estudio va a ocuparle aproximadamente 20 minutos, puede preguntarme cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar, tiene derecho de retirarse cuando ud lo crea conveniente, y la relación con el investigador no se verán en absoluto afectadas.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con ud. Su identidad no se publicará. Toda la información recopilada será solamente de conocimiento de la investigadora y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a su privacidad.

He leído el formulario y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma del Informante _____

DNI: _____

He explicado del estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma de la Investigadora

DNI:

Firma de la Asesora

DNI:

Chiclayo,..... de..... de 2013

ANEXO N° 2

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LA ENFERMERA

INFORMACIÓN

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal en el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo, por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Estudios de Postgrado/especialidad: _____

Tiempo de trabajo en el servicio de oncología: _____

DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Qué acciones realiza usted para cuidar el cuerpo de la persona hospitalizada?
¿Cómo lo hace?
2. ¿Qué acciones realiza usted para cuidar el cuerpo del familiar acompañante? ¿Cómo lo hace?
3. ¿Qué significa para usted estar presente en el servicio las 24 horas?
4. ¿Qué cree usted que significa para la persona hospitalizada que usted esté presente en el servicio las 24 horas?
5. ¿Qué cree usted que significa para el familiar acompañante que usted esté presente en el servicio las 24 horas?
6. ¿Qué dificultades tiene para relacionarse con la persona hospitalizada?
7. ¿Qué dificultades tiene para relacionarse con el familiar acompañante?
8. ¿Qué significado tiene para usted su cuerpo al cuidar a las personas hospitalizadas con cáncer?
9. ¿Qué significado tiene para usted su cuerpo al cuidar a un familiar acompañante?
10. ¿De qué manera ayuda y/o perjudica el uso de medidas de bioseguridad entre la relación con la persona hospitalizada?
11. ¿De qué manera ayuda y/o perjudica el uso de medidas de bioseguridad entre la relación con el familiar acompañante?

ANEXO N° 3
GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LA PERSONA
HOSPITALIZADA

INFORMACIÓN

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal en el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo, por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Ocupación: _____
Estado civil: _____

DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Qué acciones realiza la enfermera para cuidar su cuerpo? ¿Cómo lo hace?
2. ¿Qué acciones realiza la enfermera para cuidar el cuerpo de su familiar acompañante? ¿Cómo lo hace?
3. ¿Qué significa para usted que la enfermera esté presente en el servicio las 24 horas?
4. ¿Qué siente y significa para usted cuando la enfermera es amable?
5. ¿Qué siente y significa para usted cuando la enfermera es amable con su familiar acompañante?
6. ¿Qué dificultades tiene para relacionarse con la enfermera?
7. ¿Qué dificultades tiene su familiar acompañante para relacionarse con la enfermera?
8. ¿Qué significado tiene para usted su cuerpo al tener esta enfermedad?
9. ¿De qué manera cree que ayuda y/o perjudica el uso de medidas de bioseguridad entre la relación que hay de la enfermera con usted?
10. ¿De qué manera cree que ayuda y/o perjudica el uso de medidas de bioseguridad entre la relación de la enfermera y su familiar acompañante?

ANEXO N° 4
GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL FAMILIAR
ACOMPAÑANTE

INFORMACIÓN

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre la corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal en el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo, por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____

DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Qué acciones realiza la enfermera para cuidar su cuerpo? ¿Cómo lo hace?
2. ¿Qué acciones realiza la enfermera para cuidar el cuerpo de su persona hospitalizada? ¿Cómo lo hace?
3. ¿Qué significa para usted que la enfermera esté presente en el servicio las 24 horas?
4. ¿Qué cree usted que significa para la persona hospitalizada que la enfermera esté presente en el servicio las 24 horas?
5. ¿Qué siente y significa para usted cuando la enfermera es amable?
6. ¿Qué siente y significa para usted cuando la enfermera es amable con su persona hospitalizada?
7. ¿Qué dificultades tiene para relacionarse con la enfermera?
8. ¿Qué dificultades tiene su persona hospitalizada para relacionarse con la enfermera?
9. ¿De qué manera cree que ayuda y/o perjudica el uso de medidas de bioseguridad entre la relación que hay de la enfermera con usted?
10. ¿De qué manera cree que ayuda y/o perjudica el uso de medidas de bioseguridad entre la relación con la enfermera y su persona hospitalizada?