



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

TESIS

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA CAMINANDO CON EL
CÁNCER EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
EL MANEJO ALIMENTICIO Y EL DOLOR, POR
CUIDADORES DE PACIENTES DE LA UNIDAD
ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES, 2016**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

Autoras:

Bach. Orrego Gonzáles Margarita Elizabeth

Bach. Rodríguez Enríquez Carmen Analí

Pimentel, julio del 2016

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA CAMINANDO CON EL CÁNCER EN EL
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO ALIMENTICIO Y EL
DOLOR, POR CUIDADORES DE PACIENTES DE LA UNIDAD
ONCOLOGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES,
2016**

Aprobación del informe de investigación

Dra. Vallejos Sosa Tomasa

Asesora metodológica

Enf. Lic. Castro Limo Lidia Mariela

Asesora especialista

Mg. Cortavarria Pérez Dora Marilú

Presidente del jurado de tesis

Mg. Torres Rufasto Zaida Elizabeth

Secretaria del jurado de tesis

Enf. Lic. Castro Limo Lidia Mariela

Vocal de jurado de tesis

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar por la vida y la salud que me ha dado y por haber permitido llegar hasta aquí con la culminación de tesis.

A mis padres quienes me han apoyado infinitamente en todo y por lo que son apoyo incondicional en mi vida.

A mi novio por confiar en mí, por estar a mi lado siempre en momentos felices y tristes, apoyándome emocionalmente, moralmente y por ser parte de mi vida.

Margarita Elizabeth

A Dios en primer lugar por su cuidado y la fuerza para seguir adelante, también a mi querida madre por su gran apoyo emocional para la culminación de tesis.

A mi esposo e hijo por depositar su confianza en mí y apoyarme siempre económicamente y moralmente.

A mis docentes porque gracias a ellos he llegado a estar donde estoy y seguiré creciendo profesionalmente aplicando sus enseñanzas.

Carmen Analí

AGRADECIMIENTO

La presente investigación en primer lugar agradece a Dios por habernos bendecido para llegar hasta donde hemos llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, las de ser profesionales.

A nuestra alma mater UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, por habernos brindado la oportunidad de llegar a ser una profesional en ciencias de la salud y descubrir lo hermoso que es nuestra carrera.

A nuestras asesoras de tesis, Dra. Fanning Valarezo Margarita y Vallejos Sosa Tomasa, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, sus experiencias, paciencia y motivación han permitido que podamos terminar la investigación con éxito.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestras vidas profesionales a las que nos encantaría agradecerles por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunas están aquí conmigo, otras en nuestro recuerdo y en nuestro corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nosotros por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	7
ABSTRAT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. Situación problema	13
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Delimitación de la investigación	18
1.4. Justificación e importancia	18
1.5. Limitación de la investigación	19
1.6. Objetivos	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO	21
2.1. Antecedentes de estudios	22
2.2. Bases teóricas científicas	24
2.3. Definición de términos básicos	53
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	54
3.1. Tipo y diseño de la investigación	55
3.2. Población y muestra	55
3.3. Hipótesis	57
3.4. Variables	57
3.5. Operacionalización de las variables	59
3.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos	61
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	62
3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos	63
3.9. Criterios éticos	64
3.10. Criterios de rigor científico	64
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	66
4.1. Resultados en tablas	67
4.2. Discusión de resultados	74
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
5.1. Conclusiones	78
5.2. Recomendaciones	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	86

INDICE DE TABLA

TABLA 1	
Edad de los cuidadores de pacientes oncológicos en el hospital regional docente las mercedes, 2016	67
TABLA 2	
Sexo de los cuidadores de pacientes oncológicos en el hospital regional docente las mercedes, 2016.	68
TABLA 3	
Nivel de instrucción de los cuidadores de pacientes oncológicos en el hospital regional docente las mercedes, 2016	69
TABLA 4	
Estado civil de los cuidadores de pacientes oncológicos en el hospital regional docente las mercedes, 2016.	70
TABLA 5	
Zona de residencia de los cuidadores de pacientes oncológicos en el hospital regional docente las mercedes, 2016.	71
TABLA 6	
Nivel de conocimientos sobre manejo alimenticio de los cuidadores de pacientes oncológicos durante el pre test y post test en el hospital regional docente las mercedes, 2016.	72
TABLA 7	
Nivel de conocimientos sobre manejo del dolor de los cuidadores de pacientes oncológicos durante el pre y post test en el hospital regional docente las mercedes, 2016.	73

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos de la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes, 2016; fue cuantitativa de tipo experimental con diseño de un solo grupo de estudio pre y post test. La población estuvo conformada por 50 cuidadores y la muestra de 20, la técnica de recolección de datos fue la encuesta, se utilizó un cuestionario de 20 preguntas. Los resultados determinaron que durante el pre test el 65% de cuidadores de pacientes oncológicos tuvieron un regular nivel de conocimientos respecto al manejo alimenticio de los pacientes oncológicos a diferencia de los resultado del post test el 90% obtuvieron un nivel de conocimientos muy bueno. Sobre el manejo del dolor, durante el pre test el 50% de cuidadores de pacientes oncológicos tuvieron un regular nivel de conocimientos, mientras que el post test 85% obtuvieron un nivel de conocimientos muy bueno. En conclusión, los resultados demostraron que la aplicación del programa educativo “Caminando con el Cáncer” logró incrementar significativamente el nivel de conocimientos de los cuidadores en el manejo alimenticio y en el manejo del dolor. Este programa se caracterizó por tener una metodología activa participativa.

Palabras clave: Programa educativo, cuidadores, nivel de conocimientos.

ABSTRAT

The effectiveness of the educational program "Walking with cancer" in the level of knowledge about food and pain management for caregivers of patients seen in the oncology unit of the Regional Teaching Hospital Las Mercedes, 2016. The research was quantitative experimental and the design used for hypothesis testing was with one study group with pre and post test. The population consisted of 50 caregivers and 20 sample, the data collection technique was a survey, the instrument a questionnaire of 20 questions; who were characterized by having an average age of 38 years, 50% men and 50% women, 50% have completed secondary education, 50% unmarried and 55% live in the marginal urban area of Chiclayo. The results determine that during the pre test 65% of caregivers of cancer patients had a regular level of knowledge regarding the nutritional management of cancer patients unlike the post test result of 90% achieved a very good level of knowledge. On pain management during the pretest 50% of caregivers of cancer patients they had a regular level of knowledge, while the post test 85% achieved a very good level of knowledge. In conclusion, the results demonstrate that the implementation of the educational program "Walking with Cancer" achievement significantly increase the level of knowledge of caregivers in the food management and pain management. This program was effective by having an active and participatory methodology.

Key Words: Educational program, caregivers, level of knowledge.

INTRODUCCION

A pesar de las campañas divulgativas y de evidentes avances en el tratamiento, el proceso de padecer cáncer sigue significando en la actualidad, algo más que padecer una enfermedad. El cáncer sigue siendo una palabra demasiado cercana a la muerte (1).

Las personas afectadas por el cáncer se enfrentaron con una dura realidad para la que cualquier ser humano no está preparado, se vieron enfrentados a interrogantes, miedos, angustias e incertidumbre que no eran capaces de enfrentar al igual que sus familiares y en ocasiones también amigos. Muchos aspectos personales se vieron afectados con el hecho de convivir con esta enfermedad (1).

El cáncer es una de las enfermedades crónicas no transmisibles, que constituye un problema de salud pública, siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad a escala mundial y en nuestro país. En esta enfermedad se han estudiado algunas posibles causas que ocasionan el cáncer, tales como: las genéticas (heredadas por la familia) y por exposiciones a sustancias químicas o agentes físicos o biológicos que afectaron a los genes de las células, transformándolas en cancerosas, afectando las diferentes etapas de vida del ser humano ocasionando una carga enorme no solo para el paciente sino también para las familias y la sociedad (2).

Pese a la variedad de características que presenta, los diferentes órganos del cuerpo donde se manifiesta y los diversos tratamientos que requiere, hay que procurar siempre que el paciente tenga la mejor calidad de vida posible mientras lucha contra la enfermedad (3).

El presente estudio titulado “Efectividad del programa educativo caminando con el cáncer en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, por cuidadores de pacientes de la Unidad Oncológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2016”, tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer”. Con el único propósito que los cuidadores puedan ser capacitados en el manejo de la alimentación y el dolor, así poder brindar en la práctica apoyo físico, emocional y velar por la salud de su ser querido, generando actitudes positivas en el paciente y familia, reduciendo el impacto de la quimioterapia y desarrollando una adecuada calidad de vida durante este tratamiento. Así también recalcar la intervención de enfermería que tiene como función principal brindar un cuidado holístico al paciente en los diferentes tipos de cáncer a través de la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de los pacientes con cáncer y cuidados paliativos promoviendo la colaboración de la familia.

En este sentido el motivo de la investigación estuvo orientado en el área de la oncología donde el proceso de cualquier enfermedad cancerígena conlleva un tiempo prolongado del tratamiento donde se vieron afectados la parte física, psicológica, socioeconómica y espiritual del paciente y su entorno donde requirieron cuidados continuos, específicos y especializados por parte del profesional de enfermería.

Esta investigación estuvo estructurada en cinco capítulos:

Capítulo I: Problema de Investigación; comprendió la problematización, formulación del problema, delimitación de la investigación, justificación e importancia, limitaciones de la investigación y objetivos.

Capítulo II: Marco Teórico; el cual estuvo conformado por los antecedentes de estudio, las bases científicas, definición de términos básicos.

Capítulo III: Marco Metodológico; describió el tipo y diseño de investigación, población y muestra, hipótesis, variables, operacionalización, técnicas e instrumentos de recolección de datos, abordaje metodológico, técnicas de

recolección de datos y procedimiento para la recolección de datos, instrumentos y procedimientos para la recolección de datos, análisis estadístico e interpretación de los datos, principios éticos y criterios de rigor científico.

Capítulo IV: Análisis e interpretación de los resultados; presentó los resultados en tablas y discusión de los resultados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones; incluyó la presentación de las conclusiones y recomendaciones resultantes del trabajo de investigación.

Finalmente, se presentó el material bibliográfico consultado para la realización del presente estudio y los anexos que sirvieron de respaldo a dicho trabajo de investigación.

CAPITULO I.
PROBLEMA DE INVESTIGACION

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Situación problemática:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células, que pueden aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. El «Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Biológicamente afecta a un conjunto de órganos y sistemas produciendo un exceso de células malignas, con crecimiento y división más allá de los límites normales lo cual puede originar invasión del tejido circundante y a veces metástasis (4).

El Ministerio de Salud (MINSA), considera al cáncer como una de las enfermedades crónicas no transmisibles, que constituye un problema de salud pública, siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad a escala mundial y en nuestro país. En esta enfermedad se han estudiado algunas posibles causas que ocasionan el cáncer, tales como: las genéticas (heredadas por la familia) y por exposiciones a sustancias químicas o agentes físicos o biológicos que afectan a los genes de las células, transformándolas en cancerosas, afectando las diferentes etapas de vida del ser humano ocasionando una carga enorme no solo para el paciente sino también para las familias y la sociedad (5).

Según el MINSA los cánceres más frecuentes son: el cáncer de mama, cuello uterino en las mujeres; mientras en los varones, los más comunes son el cáncer de estómago, pulmón y próstata. El cáncer de pulmón y estómago afecta aún más tanto varones y mujeres en sus diferentes edades (6).

El cáncer de cuello uterino: es la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional, y segunda a nivel mundial. La tasa de incidencia nacional es de 28.8 por 100 000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 11.3 por 100 000 habitantes. El cáncer de mama representa el cáncer más frecuente en Lima y Arequipa. En los últimos 30 años ha incrementado su incidencia a 26.5 por 100 000 mujeres, y la tasa de mortalidad es de 9.3 por 100 000 habitantes. El cáncer de estómago, es la causa más frecuente de cáncer, tanto en hombres como en mujeres; se estima una tasa de incidencia de 18.5 por 100 000 hombres y 14.5 en mujeres. La tasa de mortalidad es alta en ambos sexos, lo que indica que la mayoría de casos son diagnosticados en estadios avanzados (6).

Así también el cáncer de pulmón, a nivel nacional, afecta más a hombres que a mujeres, con tasas de 9.5 y 5.3 por 100 000 habitantes respectivamente. En relación a la mortalidad, las tasas son 8.5 y 6.9 por 100 000 habitantes respectivamente. El cáncer de próstata es el más frecuente en varones, la tasa de incidencia estimada es de 18.9 por 100 000 hombres y la mortalidad asciende a 13.6 por 100 000. Además, en el Perú, ocurren anualmente alrededor de 42 000 nuevos casos de cáncer y fallecen aproximadamente 15 000 personas por esta enfermedad cada año (6).

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más frecuentes fueron; los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%). En niños menores de 15 años los cánceres más frecuentes fueron los del sistema hematopoyético y retículo endotelial (44.2%), encéfalo (8.0%), ojo y anexos (7.8%), ganglios linfáticos (6.9%) y hueso, cartílago y articulaciones (5.2%) (7).

Se estima que para el año 2011, se produjeron a nivel nacional un total de 30 792 defunciones por cáncer con una tasa ajustada de mortalidad de 107

defunciones por 100 000 habitantes, los departamentos con mayor tasa de mortalidad por cáncer fueron Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín. La mortalidad por cáncer en el Perú para el año 2011 muestra evidentes variaciones geográficas. Se observa elevada mortalidad por cáncer de estómago en departamentos de la sierra como Huánuco, Pasco y Cusco. Los departamentos de la selva con altas tasas de mortalidad por cáncer de hígado (Amazonas, Apurímac y Madre de Dios) y por cáncer de cérvix (Loreto, Huánuco y Ucayali); mientras que, los departamentos de la costa presentan las más altas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón (Callao, Tumbes y Lima), cáncer de mama (Tumbes, Lima y Moquegua) y cáncer de próstata (Callao, Tumbes, Tacna y Lambayeque) (7).

Uno de los principales tratamientos para el cáncer es la quimioterapia; que consiste en el uso de sustancias químicas para el tratamiento de dicha enfermedad; es uno de los métodos terapéuticos más empleados por el cáncer, usándose una amplia variedad de fármacos antineoplásicos, para tratar de destruir las células cancerosas que han hecho metástasis o se han propagado a otras partes del cuerpo alejadas del tumor primario (8).

En ocasiones los pacientes al tener un escaso conocimiento acerca de este tratamiento y de los efectos adversos; sufrirán un desajuste y desadaptación a su nueva situación por lo cual necesita tanto el apoyo de la familia como del personal de salud para luchar contra los temores propios de quién se enfrenta a algo nuevo. La primera impresión de este tratamiento es realmente importante debido a que, lo que suceda tras esta primera vez, dependerá en gran medida qué pasará durante el resto del tratamiento (8).

De un total de casos con cáncer diagnosticados se calcula que más de la mitad recibirán quimioterapia sistémica como tratamiento, teniendo como objetivo principal evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. Sin embargo, estos

medicamentos afectan de manera importante en el estilo de vida del paciente debido a que hay cambios en sus conductas y/o rutinas que determinan una nueva forma de vivir (8).

El rol de la enfermera frente a estos pacientes sometidos a quimioterapia, es de suma importancia debido a que se establece pautas para promover en forma efectiva el autocuidado y potenciar la seguridad del paciente frente al tratamiento, así como el apoyo y participación de la familia en la planificación de la atención antes y después de la quimioterapia. La enfermera debe mostrarse cordial, empática y mantener una comunicación terapéutica adecuada, instar para que el paciente y/o familia cuenten sus dudas, temores, sentimientos hacia el tratamiento brindando de esta manera una atención de calidad (8).

En este contexto la enfermera ha desempeñado también su función educativa, dirigida tanto al paciente oncológico como a sus familiares, lo cual es una actividad imprescindible durante los períodos por los que suele vivir el paciente oncológico durante el tratamiento de quimioterapia ya que la adecuada información brindada son esenciales para que el paciente y su familia sean capaces de aceptar la nueva situación, adaptándose a los cambios de vida que esto representa y por ende comprender el rol protagónico que los cuidadores deben desempeñar para lograr los beneficios del tratamiento. Actualmente, es ampliamente señalado el compromiso que tiene la enfermera de brindar cuidados en forma científica – practica y responsable, involucrando al paciente y la familia en las intervenciones para lo cual la educación es una de las estrategias más efectivas para la mejoría del paciente (9).

Actualmente en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes son atendidos una población de 50 personas aproximadamente entre hombres y mujeres, cuyas edades están comprendidas entre los 30 a 65 años, que reciben tratamiento de quimioterapia para los diversos tipos y estadios de

cáncer, siendo los más frecuentes: cáncer de mama, cuello uterino, estómago, pulmón, colon, linfomas no hodgkin, páncreas, próstata, tiroides y de riñones; siendo el cáncer de mama más frecuente en mujeres (10).

Además, se evidenció en esta unidad que algunos pacientes acudieron a su tratamiento en compañía de su familiar, que constituyeron un apoyo y soporte fundamental para cada uno de ellos. Por lo que durante su tratamiento de quimioterapia muchos de los pacientes refieren: “señorita, mi pelo se empezará a caer cada vez que me toca mi tratamiento”, “me siento débil y sin fuerzas que ya no quisiera continuar con mi tratamiento”, “me siento preocupada por mi salud”; y los familiares en su preocupación preguntan: ¿Qué alimentos puede consumir cuando se estriñe? ¿Qué alimentos tengo que darle antes y después de su quimioterapia?, ¿Ya no le puedo dar comidas condimentadas?, ¿Si realiza ejercicios, será peor para su salud? ¿Qué podría darle si presenta dolor? ¿Cómo sabría si su dolor es intenso? ¿A dónde lo llevaría?

Ante la problemática ya mencionada se plantea las siguientes interrogantes: ¿Será importante educar al cuidador para que brinde un mejor cuidado? ¿La educación que imparta la enfermera ayudará a mejorar los cuidados que brinde el cuidador al paciente oncológico?, ¿Qué aspectos debe enfocar en la educación que brinda la enfermera?

1.2. Formulación del problema:

Teniendo en cuenta las consideraciones manifestadas, se formuló el siguiente problema: ¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer”, en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad de oncología del Hospital Regional Docente las Mercedes en enero a marzo de 2016?

1.3. Delimitación de la investigación:

El presente proyecto de investigación se realizó en la Unidad Oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes en la unidad Oncológica; donde se aplicó un programa educativo sobre el manejo de la alimentación y el dolor, la cual tuvo como objeto de estudio a 20 cuidadores de pacientes atendidos en dicha unidad de enero a marzo del 2016.

1.4. Justificación e importancia:

El profesional de enfermería acompaña al paciente las 24 horas del día, cumpliendo roles fundamentales uno de ellos y el más importante es ser educadora. La enfermera que labora en la unidad de oncología tiene como función principal de brindar un cuidado holístico al paciente con diferentes tipos de cáncer a través de la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de los pacientes con cáncer y cuidados paliativos promoviendo la colaboración de la familia. El proceso de cualquier enfermedad cancerígena conlleva un tiempo prolongado de tratamiento donde se ve afectada la parte física, psicológica, socioeconómica y espiritual del paciente y su entorno donde requiere cuidados continuos, específicos y especializados del profesional de enfermería (11).

Así como las enfermeras tienen una labor importante en el cuidado y protección del paciente oncológico, el cuidador también porque vivencia de una forma diferente las transformaciones que se enfrenta el paciente, dejando muchas cosas de lado para estar con el enfermo, motivado por la búsqueda de la cura, pero afectado por desilusiones, sufrimientos y carga de trabajo brindada al paciente. Generalmente el cuidador no se siente preparado, estas dificultades podrían atribuirse a factores como el grado de escolaridad del cuidador, falta de conocimiento y tiempo; y los aspectos culturales todo esto aumenta la sobrecarga, ya que el saber hacer exige preparación teórica y práctica (12).

Esta investigación ve al cuidador como un potente aliado, ya que los conocimientos que ha tenido y los cuidados que brinda hacia el paciente oncológico han servido para mejorar o agravar su estado de salud, por ello se justifica este estudio.

El beneficio de esta investigación enfocó al Hospital Regional Docente Las Mercedes porque así contar con un programa establecido dirigido a cuidadores, para que ellos puedan ser capacitados y sirva como fuente de consulta para el personal asistencial, cuidador y paciente. A su vez esta investigación ha servido de incentivo al Hospital para crear e implementar un programa educativo para cuidadores de pacientes oncológicos donde ellos mismos puedan actuar en las diferentes circunstancias que se les presente relacionado con la enfermedad del cáncer.

Para la enfermera, ayudó a formar un equipo enfermera, cuidador y paciente mejorando la comunicación terapéutica, así mismo a través de la educación que se brindó se despejó dudas que haya tenido el cuidador para beneficio del paciente oncológico.

Al cuidador, persona que siempre se ha encargado de velar por la salud de su ser querido, quien brinda un importante apoyo físico, práctico y emocional a la persona con cáncer, a la vez sea capacitado para brindar apoyo específicamente en los aspectos referidos al manejo del dolor y al soporte nutricional.

1.5. Limitaciones de la investigación:

En la presente investigación existieron dificultades las cuales obstaculizaron la realización del programa educativo tales como:

- Dificultad para localizar al asesor por sus múltiples funciones desarrolladas en el hospital
- El servicio no cuenta con ambientes adecuados para realizar capacitaciones a los usuarios.

1.6. Objetivos:

Los objetivos planteados para la presente investigación son:

Objetivo general:

Evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos de la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero a febrero de 2016.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a los cuidadores de pacientes con cáncer, de acuerdo a su edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y zona de residencia de los cuidadores de pacientes atendidos de la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero a febrero de 2016.
2. Identificar el nivel de conocimientos, antes y después de la aplicación del programa educativo sobre el manejo alimenticio y dolor de los cuidadores de pacientes atendidos de la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero a febrero de 2016.
3. Aplicar el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos de la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero a febrero de 2016.

CAPITULO II.
MARCO TEORICO

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudios:

Según Ramírez M. 2013. Colombia. Realizó un estudio sobre habilidades del cuidado de los cuidadores de pacientes con cáncer gastrointestinal, con el propósito de identificar cual es la habilidad de cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Donde concluyó que la habilidad de cuidado se encontró en un nivel medio 41.67% y bajo 31.67%, lo que denota la falta de habilidad de aquellos que desempeñan el rol de cuidadores y la necesidad de establecer políticas, programas que contribuyan a fortalecer la habilidad del cuidado por parte del personal de salud y en especial de enfermería. Esta investigación tiene relación debido a que enfatiza la gran responsabilidad del cuidador hacia el paciente con cáncer; los conocimientos y habilidades que tienen que poseer para brindar un buen cuidado a su familiar (13).

Según Serpa L, Serpa C, Barros K, Da Silva M. 2010. Brasil. Según su investigación sobre Identificar el perfil de los cuidadores del enfermo con cáncer terminal, investigar las actividades, los cambios y las dificultades que ocurrieron. Los investigadores aplicaron un cuestionario; de los 53 cuidadores, 48 eran mujeres. 92% tenían algún grado de parentesco con el paciente. A pesar de los problemas financieros, los cuidadores afirmaron que su relación ha mejorado. Los cuidados de higiene, alimentación, medicación son de responsabilidad de los cuidadores. La investigación actual, se relaciona con este estudio ya que certifica que los cuidadores son aquellas personas que brindan su cuidado integral, satisfaciendo las diferentes necesidades básicas de su familiar (14).

Según Fernández Camacho Y. 2013. Lima. En su investigación de efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes

oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. Esta investigación es aplicada a 30 familiares, los resultados fueron que un 100% familiares encuestados, antes de participar del modelo de intervención educativa, el 28% (8) conocen el manejo de los cuidados de pacientes oncológicos; en la 1ra Visita domiciliaria el 66% (19) incrementaron los conocimientos sobre el manejo de los cuidados. Finalmente, en la 2da visita, el 96% (28) familiares, lograron incrementar los conocimientos sobre esto en promedio. En conclusión, el modelo de intervención educativa sobre el manejo de los cuidados fue efectivo en el incremento de conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos, luego de la aplicación del modelo de intervención educativa, el cual fue demostrado a través de la prueba de t de student siendo efectiva (15).

Huamancaja Osorio L. 2010. Perú. En su investigación su objetivo fue, identificar los efectos en la estabilidad personal y del funcionamiento familiar y laboral del paciente con cáncer y reconocer las redes de apoyo: familiar, económico, social del paciente con cáncer. Este estudio constó con una población de 120 pacientes del servicio de quimioterapia ambulatoria; de nivel aplicativo y tipo cualitativo. Esta investigación recalca las múltiples vivencias del paciente oncológico y familia en el proceso de su enfermedad; soportando los efectos adversos del tratamiento, siendo la familia como fuerza y razón para seguir viviendo. La investigación actual, se relaciona con este estudio ya que certifica a la familia como un soporte y componente esencial para cuidado del paciente oncológico, por lo cual debe poseer el conocimiento básico para el desarrollo de acciones individuales y grupales compatibles con el día a día del paciente con cáncer (16).

Infantes Fernández J. 2012. Chiclayo. En su investigación describe y analiza el cotidiano del familiar cuidador del niño hospitalizado con cáncer en fase terminal. Estuvo conformado por seis familiares cuidadores que tienen un niño con cáncer en fase terminal hospitalizado en el servicio de especialidades; la misma que fue determinada por saturación. Durante la investigación los temas

culturales fueron: cotidianos en la relación del familiar y el equipo de salud, cuidado intrahospitalario, apoyo familiar en el cuidado del hogar. La consideración final, los cuidadores familiares aprenden por medio de los profesionales de salud observándolos día a día frente al cuidado que brindan al familiar enfermo, explicándoles de manera equitativa, adecuada y ordenada la forma del cuidado (17).

2.2. Bases teóricas científicas:

Este estudio ha tenido a bien considerar a la teórica Jean Watson con su “teoría del cuidado humanizado” esta teoría se basa en siete supuestos de cuidados, los que serán examinados. Los supuestos son premisas asumidas como verdad sin comprobación.

El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí (18).

El cuidado está condicionado a factores destinados a satisfacer necesidades humanas, tiene destino, efectos y objetivos. El cuidado efectivo promueve la salud, crecimiento personal y familiar, pero también promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso (18).

El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad (18).

Esta teoría de enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal (19).

El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos la cual involucra la interacción de enfermera – paciente que contiene valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimientos, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersujeto, responde al proceso de salud -enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimiento de los procesos de cuidado enfermería, autoconocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado (19).

Una relación de cuidado transpersonal, esta relación describe como la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento (19).

Así mismo, Watson basa su teoría sobre el ejercicio profesional de enfermería en 10 elementos asistenciales, pero para el desarrollo de la presente investigación se tomarán en cuenta dos elementos mencionados a continuación:

Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia este la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente (19).

Asistencia con satisfacción de las necesidades humana: la enfermera debe reconocer la influencia biofísica, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad, inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas asimismo de orden inferior (19).

Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de ir más allá de estos elementos asistenciales y de facilitar el desarrollo de los pacientes en el ámbito de la promoción de la salud a través de actividades preventivas (19).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS).2014, en la región de las Américas se registraron 2.8 millones de casos nuevos y 1,3 millones de muertes a consecuencia del cáncer, en el 2012. Las proyecciones indican que el número de muertes por cáncer en las Américas aumentará de 1,3 millones en el 2012 hasta 2,1 millones en el 2030. Aproximadamente un 47% de las muertes por cáncer en las Américas en el 2012 se produjeron en América

Latina y el Caribe. Las tasas de mortalidad por cáncer de útero son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, poniendo de manifiesto la existencia de grandes desigualdades en salud (20).

La mayoría de las muertes por cáncer se producen a consecuencia del cáncer de pulmón, próstata y colon rectal en hombres, y del cáncer de pulmón, mama y colon rectal en mujeres. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte en Norteamérica en mujeres, mientras que el cáncer de útero es uno de los tipos de cáncer con una mayor mortalidad en mujeres en Centroamérica. Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de próstata en hombres en el Caribe inglés es significativamente más alta que en otras subregiones; el cáncer de estómago es la quinta causa de mortalidad por cáncer en ambos sexos en América Latina y el Caribe, mientras que en Norteamérica ni siquiera figura entre las primeras 15 causas de mortalidad por cáncer (20).

a. El cuidador y el paciente que vive con cáncer:

Según Ordoñez M. M; Ramírez Suarez A. C; Vergel Pérez L. J; Santafé Tamayo L. F; menciona que el cuidador juega un papel específico dentro del tratamiento cancerológico, vigila la adherencia, controla la alimentación, brinda cuidado, vigila signos de alarma y atiende integralmente (21).

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 con el objetivo primordial de favorecer la autonomía y lograr su estabilidad en todas sus dimensiones (21).

López M, Marroquín C; manifiesta que también se ve involucrados los conocimientos que pueda tener el cuidador primario sobre la enfermedad y los cuidados que le debe dar a su familiar; por lo cual si carece de éstos no se

sentirá preparado y no será capaz de manejar o desempeñar debidamente dicha función, lo que incrementará su agotamiento y lo llevará a dejar de lado sus propias necesidades de salud. Por consecuencia, sí los cuidadores primarios fuesen capacitados se sentirían más preparados para realizar dicha actividad; de tal manera que si hicieran uso de sus conocimientos sufrirían menos y disminuirían su agotamiento (22).

Guzmán T; Sánchez C; Martínez C; de acuerdo a su estudio realizado nos habla sobre las características como cuidador, donde se encontró que la mayoría toman el papel de cuidador único (74%) dedicado a esta labor desde el momento del diagnóstico, generalmente llevan entre 7 y 18 meses brindando cuidados constantes con una intensidad de 13 a 23 horas diarias, lo que concuerda con el estudio de Benegas B. (2010), donde la mayoría son cuidadores únicos que dedican la mayor parte del tiempo a este rol (23).

Además, menciona que el cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. Ante el diagnóstico de esta enfermedad como el cáncer genera un desequilibrio en la familia especialmente en el cuidador, las cuales se describen en una serie de etapas (24):

Impacto: En este momento la persona evidencia la pérdida. Puede durar desde algunos instantes a muchos días. Esto sucede después de diagnóstico de la enfermedad o cuando se le dice a la familia de la enfermedad que padece.

Negación, la persona niega la realidad o se resiste a tomar conciencia de la realidad. En esta etapa ellos niegan que les esté sucediendo a ellos, y dicen por ejemplo seguramente deber haber algún error. Durante esta etapa el paciente aún no está preparado para reconocer la grave de su enfermedad.

Algunos conservan la negación hasta el momento de la muerte, y siempre miran hacia adelante como si fuera haber mejoría.

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

Tristeza, el paciente entra en una situación de soledad profunda y de íntima conciencia de sufrimiento. En este caso, se siente defraudado por la vida, pero comienzan a tomar conciencia de lo que le está pasando.

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

Aceptación, la persona asume que la pérdida se ha producido, aquí ya se acepta por completo el proceso por el que se está pasando, y se puede llegar hablar con el médico para colocarse en control y como se puede solucionar el problema.

En este caso los cuidadores pasan por las mismas etapas del paciente, pero muchas veces no de la misma manera. La enfermera puede ayudarlo procurándoles intimidad, permitiéndoles el acceso al paciente y mostrándoles

un poco de amabilidad para consolarlos por la situación que está enfrentado en la actualidad. Es importante que los cuidadores sientan que su enfermo y ellos, reciben la mejor atención posible. Ayudarlo a salir de la depresión por el diagnóstico dicho por su médico, y también si la enfermedad está muy avanzada a la hora de morir ayudarlo con dignidad y paz es quizá una de las contribuciones más valiosas que puede hacer la enfermera a la tranquilidad del paciente y su cuidador.

En este aspecto el cuidador forma un elemento importante ya que contribuye a los cuidados del enfermo y es la que tiene que recibir la atención e instrucciones necesarias por parte del equipo multidisciplinario.

b. Programa educativo:

Según Elsa Martínez Olmedo; es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir (25).

Por lo tanto, un programa educativo consiste en una serie de actividades planificadas con un determinado fin. Este programa educativo titulado "Caminando con el cáncer", sirvió para educar y concientizar al cuidador en relación al manejo del dolor y el apoyo nutricional de los pacientes con cáncer, de acuerdo al tratamiento oncológico que esté recibiendo.

Apoyo alimenticio en el paciente oncológico:

Alimentación en paciente oncológico:

La alimentación es una parte importante del tratamiento contra el cáncer. Comer los tipos indicados de alimentos antes, durante y después de su tratamiento puede ayudarlo a sentirse mejor y a mantenerse más fuerte (26).

Debido a la propia enfermedad y como consecuencia de los efectos secundarios derivados del tratamiento de la misma, el enfermo oncológico suele presentar dificultad para alimentarse de manera adecuada. Este hecho compromete el mantenimiento de su estado alimenticio llegando a desembocar en una situación de desnutrición, que aumenta las complicaciones asociadas a la enfermedad y disminuye la respuesta al tratamiento. Todo ello incide en la calidad de vida de la persona, por la disminución en la capacidad funcional (pérdida de masa muscular), la sensación de debilidad, astenia, y la aparición de síntomas depresivos y complicaciones (heridas, úlceras por presión, infecciones, etc.) (26).

Las prácticas alimentarias de las personas diagnosticadas con cáncer deben evaluarse en todo el proceso continuo de la atención a fin de reflejar las metas cambiantes de una terapia alimentaria. Las prácticas de alimentación deficientes, las cuales producen desnutrición, contribuyen a la incidencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento y aumentan el riesgo de infección, con lo cual se reducen las posibilidades de supervivencia.

Beneficios de una buena alimentación durante el tratamiento contra el cáncer:

La buena alimentación o nutrición en pacientes con cáncer es especialmente importante debido a que tanto la enfermedad, como su tratamiento, pueden cambiar la forma en que se alimenta. El cáncer y su tratamiento también pueden afectar la manera en que su cuerpo tolera ciertos alimentos, así como su capacidad de emplear los nutrientes. Las necesidades de nutrientes de la gente con cáncer varían para cada persona. Alimentarse bien mientras se encuentra en tratamiento contra el cáncer podrá ayudarle a: Sentirse mejor, mantener un nivel elevado de fuerza y energía, mantener su peso y las reservas de nutrientes de su cuerpo, tolerar mejor los efectos secundarios relacionados con el tratamiento, reducir su riesgo de infecciones. Sanar y recuperarse más rápidamente. Alimentarse bien significa comer una variedad de alimentos para obtener los nutrientes que su cuerpo necesita para luchar

contra el cáncer. Estos nutrientes incluyen proteínas, carbohidratos, grasa, agua, vitaminas y minerales.

Tipos de alimentos:

Una dieta saludable es siempre importante comiendo de forma variada y combinando todo tipo de alimentos. Deben incluirse frutas y verduras ya que aportan fibra, ciertas vitaminas y minerales. Los cereales por aportar una gran cantidad de carbohidratos como fuente de energía para el organismo (26).

Leche y derivados por aportar vitaminas y minerales y ser la mejor fuente de calcio y las proteínas son fundamentales durante el tratamiento ya que permiten al organismo recuperarse con mayor facilidad y luchar contra las infecciones. Los alimentos que es posible elegir de la lista de alimentos dependen de las características de la dieta de cada paciente, es decir, según se requiera de una comida suave, líquida, blanda, astringente o con contenido de fibra. En ningún momento hay que olvidar que la alimentación es un factor importante y necesario en la vida de cualquier persona, sana o enferma.

Proteínas: Las proteínas son necesarias para el crecimiento y la reparación del tejido corporal, así como para mantener sano nuestro sistema inmunológico. Cuando su cuerpo no recibe suficiente proteína, puede que recurra a desprender de la masa muscular el combustible que necesite. Esto podría prolongar el tiempo de recuperación de la enfermedad y reducir la resistencia a las infecciones. Las personas con cáncer a menudo necesitan más proteína de lo común. Después de la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia, normalmente se necesita proteína adicional para sanar los tejidos y ayudar a combatir las infecciones. Entre las fuentes buenas de proteína se incluye cortes magros de carnes rojas, huevos, productos lácteos bajos en grasa, nueces, crema de cacahuete (mantequilla de maní) frijoles, guisantes y lentejas secas, y alimentos de soya.

Grasas: Las grasas tienen un papel importante en la nutrición. Las grasas y aceites se componen de ácidos liposos que sirven como una fuente rica de energía para el cuerpo. El cuerpo separa las grasas y las usa para almacenar energía, aislar los tejidos del cuerpo y transportar algunos tipos de vitaminas a través de la sangre. Puede que haya escuchado que algunas grasas son mejores que otras. Al considerar los efectos que las grasas tienen sobre el corazón y el nivel de colesterol, opte por las grasas mono insaturadas y poliinsaturadas en lugar de las grasas saturadas y trans saturadas.

Las grasas mono insaturadas se encuentran principalmente en aceites vegetales como los aceites de canola, de oliva y de maní (cacahuate). Las grasas poliinsaturadas se encuentran principalmente en aceites vegetales como los aceites de cártamo, de girasol y semilla de lino. Las grasas poliinsaturadas también son las principales grasas que se encuentran en los mariscos. Las grasas saturadas se encuentran principalmente en productos de origen animal como carnes rojas, aves, leche entera o baja en grasa, queso y mantequilla. Algunos aceites vegetales como los aceites de coco, de corazón de palma y de palma son saturados.

Las grasas saturadas pueden elevar los niveles de colesterol y con ello incrementar el riesgo de enfermedad del corazón. Se debe procurar que no más del 10% de las calorías consumidas provengan de grasas saturadas. Los ácidos grasos trans saturadas se forman cuando los aceites vegetales son procesados en sólidos, tales como margarina o manteca. Las fuentes de grasas trans se encuentran en los bocadillos y productos horneados con aceite vegetal parcialmente hidrogenado o manteca vegetal. Las grasas trans también son naturales en algunos productos de origen animal como los productos lácteos. Este tipo de grasas puede elevar el colesterol malo y reducir el colesterol bueno. Evite las grasas trans tanto como pueda.

Carbohidratos: Los carbohidratos son la principal fuente de energía para el cuerpo y ofrecen al cuerpo el combustible que requiere para la actividad física y para el funcionamiento adecuado de los órganos. Las mejores fuentes de

carbohidratos (frutas, verduras y granos enteros) proporcionan vitaminas y minerales esenciales, al igual que fibra y fito nutrientes a las células del cuerpo.

Los alimentos integrales o hechos con granos enteros contienen todas las partes esenciales y nutrientes que se dan de forma natural de la semilla de grano entero. Los granos enteros (integrales) se pueden encontrar en cereales, panes y harinas. Algunos granos enteros, como la quinua (quínoa), el arroz integral o la cebada se pueden usar como platillos de acompañamiento en una comida.

La fibra: es la parte de los alimentos vegetales que el cuerpo no puede digerir. Existen dos tipos de fibra: la fibra insoluble, la cual ayuda a eliminar los residuos de la comida fuera del cuerpo con mayor rapidez, y la fibra soluble que se adhiere al agua en las heces fecales para el ablandamiento de las mismas. Entre otras fuentes de carbohidratos se incluye pan, papas (patatas), arroz, pastas, cereales, habichuelas, maíz, guisantes (arvejas o chícharos) y frijoles entre otros. Los dulces (postres, caramelos y bebidas con azúcar) pueden suministrar carbohidratos, pero ofrecen muy pocas vitaminas, minerales o fito nutrientes.

Agua: El agua y los líquidos o fluidos son vitales para la salud. Todas las células del cuerpo necesitan agua para funcionar. Si no se ingiere suficiente líquido o si se pierde mucho líquido por causa de vómitos y diarrea, el cuerpo puede deshidratarse (que su cuerpo no cuente con una cantidad suficiente de fluidos como corresponde). Si esto sucede, los líquidos y minerales que ayudan a mantener el buen funcionamiento del cuerpo pueden llegar a niveles peligrosos por descompensación (desequilibrio por escasez).

Una persona debe beber alrededor de ocho vasos cada día para asegurar que las células del cuerpo reciban la cantidad necesaria de fluidos. Usted puede necesitar más líquidos si está vomitando, tiene diarrea, o incluso si usted no está comiendo mucho. Tenga en cuenta que todos los líquidos en los alimentos

(sopa, leche, incluso el helado y la gelatina) contribuyen a sus objetivos de insumo de fluidos.

Vitaminas y minerales: El cuerpo necesita cantidades pequeñas de vitaminas y minerales para funcionar adecuadamente. La mayoría se encuentra de forma natural en los alimentos. Una persona cuya alimentación está equilibrada con suficientes calorías y proteínas generalmente obtiene suficientes vitaminas y minerales.

Algunas personas con cáncer toman grandes cantidades de vitaminas, minerales y otros complementos nutritivos en busca de estimular su sistema inmunitario, o incluso para destruir las células cancerosas. Pero algunas de estas sustancias pueden ser perjudiciales, especialmente cuando se toman en grandes dosis. De hecho, algunas vitaminas y minerales en grandes dosis puede que hagan que la quimioterapia y radioterapia sean menos efectivas.

Antioxidantes: incluyen vitamina A, C y E, así como selenio y zinc, al igual que algunas enzimas que absorben y se adhieren a los radicales libres para evitar que ataquen a las células normales. Si usted quiere tomar más antioxidantes, los expertos en salud recomiendan comer una variedad de frutas y verduras que contengan una buena fuente de antioxidantes. Ingerir grandes dosis de complementos de antioxidantes, así como alimentos y bebidas enriquecidos con vitaminas, por lo general no se recomienda mientras se está recibiendo quimioterapia o radioterapia. Hable con su médico para determinar el mejor momento para tomar complementos antioxidantes.

Cómo el cáncer y su tratamiento afectan la alimentación:

La mayoría de las guías de alimentación resaltan la importancia de un alto consumo de verduras, frutas y productos de granos enteros (integrales); de igual forma, se indica limitar la cantidad de carnes rojas que come, especialmente las procesadas o que tienen un alto contenido de grasa, reducir el consumo de grasa, azúcar, alcohol y sal, así como mantener un peso

saludable. Pero al estar recibiendo tratamiento contra el cáncer, puede que estos objetivos sean difíciles de lograr, especialmente si hay efectos secundarios o simplemente no se siente bien.

Durante el tratamiento contra el cáncer, podría ser necesario que requiera cambiar su alimentación para que le ayude a fortalecerse y soportar los efectos del cáncer y su tratamiento. Puede que esto implique comer alimentos que normalmente no se recomendarían al tener un buen estado de salud. Por ejemplo, puede que requiera consumir alimentos con un nivel elevado de grasa y calorías que le ayuden a mantener cierto peso, así como alimentos espesos o fríos como el helado o las leche-malteadas, debido a llagas en la boca y garganta que dificulten poder comer cualquier cosa. El tipo de cáncer, el tratamiento y los efectos secundarios que usted tenga deben tenerse en consideración al tratar de determinar las mejores formas de obtener los nutrientes que su cuerpo necesita.

Cuando usted fue diagnosticado inicialmente con cáncer, su médico le hablaría sobre algún plan de tratamiento que podría incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica (inmunoterapia) o alguna combinación de tratamientos. Todos estos tratamientos matan las células del cáncer, pero en el proceso se dañan también algunas células saludables. Este efecto dañino es lo que causa los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer. Entre los efectos secundarios más comunes que pueden afectar su capacidad de comer que incluye: Pérdida del apetito (anorexia), dolor en la boca o garganta, resequedad bucal, problemas dentales y de las encías, cambios en los sentidos del gusto o el olfato, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, sensación de cansancio todo el tiempo (fatiga), depresión.

Podría o no ser el caso que usted tenga alguno de estos efectos secundarios. Muchos factores determinan si usted tendrá algunos efectos secundarios y qué tan fuerte puedan ser. Estos factores incluyen el tipo de cáncer que tenga, la

parte del cuerpo afectada, el tipo y duración del tratamiento y la dosis del tratamiento. Muchos de los efectos secundarios se pueden controlar y la mayoría desaparece con el tiempo tras haber finalizado el tratamiento.

Antes del tratamiento:

Usted puede reducir la ansiedad sobre el tratamiento, así como los efectos secundarios al actuar desde ya. Hable con el equipo de atención médica contra el cáncer sobre las cosas que le inquieten. Infórmese tanto como pueda sobre el cáncer, su plan de tratamiento y cómo podría sentirse durante el mismo. Planear cómo sobrellevará los posibles efectos secundarios puede hacerle sentir más en control y preparado(a) para confrontar los cambios que puedan surgir.

Estos son algunos consejos prácticos que le ayudarán a prepararse para el tratamiento:

Abastezca la alacena y el congelador con sus alimentos favoritos y sanos para que no tenga que ir de compras con tanta frecuencia. Incluya alimentos que sepa que puede comer incluso al no sentirse del todo bien.

Hable con amigos o familiares para ver las maneras en que puedan ayudarle a comprar y cocinar, o pídale a un amigo o familiar que se encargue de ver esto por usted. Asegúrese de decirles si hay ciertos alimentos o especias que tiene problemas para comer.

Hable con su equipo de atención médica contra el cáncer sobre cualquier inquietud que tenga sobre una buena alimentación. Ellos podrán ayudarle con los cambios en la alimentación que le ayudarán a controlar los efectos secundarios como estreñimiento, pérdida de peso o náuseas.

Para aquellos cuyo tratamiento contra el cáncer incluirá la radiación en la cabeza o el cuello, puede que se aconseje una sonda de alimentación colocada en el estómago antes de iniciar el tratamiento. Esto permite la alimentación

cuando se dificulta tragar y puede prevenir problemas de nutrición y deshidratación durante el tratamiento.

Una vez que inicie el tratamiento:

Aliméntese bien; su cuerpo necesita una dieta saludable para su óptimo funcionamiento. Esto es incluso más crucial si usted padece de cáncer. Con una sana alimentación, entrará al tratamiento con las reservas que le ayudarán a preservar sus fuerzas, evitar que el tejido del cuerpo se rompa, reconstruir tejidos y mantener sus defensas contra las infecciones.

Las personas que se alimentan bien pueden tolerar mejor los efectos secundarios del tratamiento. Además, usted hasta podría tolerar altas dosis de ciertos medicamentos. De hecho, sabemos que algunos tratamientos contra el cáncer realmente funcionan mejor si el paciente está bien nutrido, y consume suficientes calorías y proteínas. A continuación, se brindan algunos consejos prácticos:

No tenga miedo de probar alimentos nuevos. Puede que durante su tratamiento; algunos alimentos que antes no le gustaban le sepan bien, escoja alimentos vegetales de distintos tipos. Procure comer habas y guisantes (chícharos, arvejas) en lugar de carne durante algunas comidas de la semana, trate de consumir por lo menos el equivalente a 2½ tazas al día de frutas y verduras, incluyendo frutas cítricas y vegetales verde oscuro y amarillo intenso. Los alimentos vegetales coloridos (tanto frutas como verduras) contienen sustancias naturales que proporcionan más energía ideal para mantener la salud.

Limite los alimentos altos en grasa, especialmente los de origen animal. Elija la leche y productos lácteos con contenido bajo en grasa. Reduzca la cantidad de grasa en sus alimentos al escoger métodos de cocción en los que se use

menos grasa, como hornear o asar a la parrilla, procure mantener un peso saludable, así como acostumbrarse a hacer alguna actividad física. Los pequeños cambios en el peso durante el tratamiento son normales, limite el número de alimentos que sean muy salados, ahumados y en escabeche.

Si no puede hacer nada de lo anterior por el momento, no se preocupe. Hay ayuda disponible si lo requiere o cuando lo requiera. Algunos cambios en la dieta son necesarios para obtener líquidos, proteínas y calorías adicionales según se requiera. Informe a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre cualquier problema que presente.

Consuma bocadillos según lo requiera:

Durante el tratamiento contra el cáncer, a menudo su cuerpo necesita calorías y proteínas adicionales que ayudan a que mantenga su peso y sane lo más pronto posible. Si está perdiendo peso, los bocadillos pueden ayudarle a satisfacer esas necesidades al mantener alto su nivel de fuerza y energía, y ayudarle a que se sienta mejor. Durante el tratamiento, puede que tenga que depender de bocadillos que sean una fuente menos sana de calorías para cumplir con sus necesidades.

Tenga en cuenta que esto es solo por un periodo breve, pues una vez que los efectos secundarios desaparezcan, usted podrá volver a una alimentación más sana. Trate estos consejos para facilitar la adición de bocadillos a su rutina diaria: coma bocadillos pequeños a lo largo del día, tenga a su alcance una variedad de bocadillos ricos en proteína que sean fáciles de preparar y de comer. Por ejemplo: yogur, cereal y leche, medio emparedado, un plato de sopa sustanciosa, queso y galletas saladas.

Evite los bocadillos que puedan empeorar cualquier efecto secundario relacionado con el tratamiento. Por ejemplo, si padece de diarrea, evite las

palomitas o rosetas de maíz, así como las frutas y verduras crudas. Si padece de dolor de garganta, no coma bocadillos secos y ásperos, ni alimentos ácidos. Si puede comer con normalidad y mantener su peso sin necesidad de los bocadillos, entonces no los incluya.

Algunos bocadillos rápidos y sencillos panqué esponjoso gelatina hecha con fruta, leche o jugo, preterís cereal (frío o caliente) granola o mezcla de nueces y semillas natillas, flanes, budines queso (quesos curado o duro, requesón, queso crema y más) licuados o batidos de leche y bebidas hechos en casa sándwiches de ensalada de huevo, queso a la parrilla o mantequilla de maní galletas helado de crema, helado de agua y yogur congelado sopas (sustanciosas o caldos) galletas saladas jugos bebidas deportivas salsas hechas con queso, frijoles (habas o habichuelas), yogur o leche sola, con sabor, o con polvo instantáneo para desayuno verduras o vegetales (crudas o cocidas) con aceite de oliva, aderezo.

Consejos para obtener más calorías y proteína:

Comer varios bocadillos de forma frecuente a través del día, en lugar de tener 3 comidas grandes.

Coma sus alimentos favoritos a cualquier hora del día. Por ejemplo, si tiene deseos de comer alimentos propios del desayuno a la hora de la cena, hágalo.

Coma frecuentemente, cada poca hora. No espere hasta que se sienta hambriento(a).

Haga su comida más grande a la hora del día cuando tenga más apetito. Por ejemplo, si por las mañanas es cuando usted se siente más hambriento(a), haga entonces del desayuno su comida más grande.

Trate de ingerir comidas altas en calorías y cargadas de proteínas en cada comida y bocadillo.

Ejercítense ligeramente o haga una caminata antes de comer para aumentar su apetito.

Tome bebidas nutritivas altas en calorías, como leche-malteadas y bebidas enlatadas de complementos nutricionales.

Beba la mayor parte de su consumo de líquidos entre comidas en vez de hacerlo junto con las comidas. Beber líquidos junto con las comidas le llenará demasiado.

Pruebe con barras nutritivas y budines hechos en casa o disponibles en el supermercado.

Alimentos ricos en proteínas:

Productos lácteos:

Coma pan tostado o galletas con queso.

Añada queso rallado a las papas asadas, verduras, sopas, fideos, carnes y frutas.

Use leche en lugar de agua para los cereales calientes y las sopas.

Incluya salsas cremosas sobre sus verduras y pastas. Crema de cacahuete salsa ponche de huevo pasteurizado (rompopo, flip, sabajón) panecillos, bizcochos yogur (bajo en grasa o griego) frutas (frescas, congeladas, enlatadas, deshidratadas) nueces, semillas y cremas (mantequillas) de estos productos bocadillos en horno de microondas.

Añada leche en polvo a las sopas cremosas, al puré de papas, a los budines y a los guisos.

Añada yogur griego, proteína de suero en polvo o requesón a sus frutas favoritas, licuados (batidos) o malteadas.

Huevos:

Tenga disponibles en el refrigerador huevos cocidos duros. Píquelos y añádalos a las ensaladas, guisos, sopas y verduras.

Prepare una ensalada rápida de huevo.

Todos los huevos deben estar bien cocidos para evitar el riesgo de bacterias peligrosas.

Los productos pasteurizados sustitutos del huevo conforman una alternativa baja en grasa a los huevos comunes.

Carnes, aves y pescado:

Añada de carnes a sopas, guisos, ensaladas y omelettes (tortillas de huevo).

Mezcle la carne cocida picada en cubos o deshebrada con crema agria y especias para preparar aderezos.

Frijoles (habas, habichuelas), legumbres, nueces y semillas

Espolvoree semillas o nueces en los postres como frutas, helados, budines y natillas o flanes. También sírvalas sobre vegetales, ensaladas y pastas.

Unte mantequilla de maní (crema de cacahuate) o de almendra en el pan tostado y frutas o incorpórela a una leche-malteada.

Alimentos altos en calorías:

Mantequilla derretida sobre las papas, arroz, pasta y vegetales cocidos.

Incorpore mantequilla derretida a las sopas y guisos, y úntesela al pan antes de añadir otros ingredientes a su emparedado.

Productos lácteos:

Añada crema batida o crema espesa a los postres, crepas, waffles o buñuelos, frutas y chocolate caliente e incorpórela en las sopas y guisos.

Añada crema agria a las papas asadas y verduras.

Aderezos para ensaladas

Use mayonesa y aderezo comunes (y no los que sean bajos en grasa), para las ensaladas y en sus emparedados, así como las salsas con frutas y verduras.

Dulces:

Añada jalea y miel de abeja al pan y galletas saladas.

Agregue mermeladas a la fruta.

No se olvide de la actividad física:

La actividad física ofrece muchos beneficios. Ayuda a mantener la masa muscular, la fuerza, la energía y la resistencia de los huesos. Puede ayudar a disminuir la depresión, el estrés, el cansancio, las náuseas y el estreñimiento. También puede mejorar su apetito.

Por lo tanto, si no está ya haciendo ejercicio, hable con su doctor sobre cómo procurar al menos 150 minutos o más de actividad moderada, como caminar toda la semana. Si su médico lo autoriza, inicie modestamente y a su ritmo (tal vez de 5 a 10 minutos cada día), y aumente poco a poco a medida que vaya progresando hasta alcanzar el objetivo de 150 minutos a la semana. Esté atento a lo que su cuerpo desea y descanse cuando sea necesario. Este no es el momento para que se esmere demasiado con el ejercicio. Haga lo que pueda hacer y cuando pueda hacerlo.

Efecto de la quimioterapia:

Náuseas y vómitos:

Las náuseas y los vómitos suelen ser efectos secundarios de la quimioterapia o radioterapia. Debido a que no todas las personas reaccionan igual ante estos tratamientos hay que decir que algunos pacientes no sufren estos efectos secundarios. Si el paciente padece vómitos o mareos debe comunicarlo al médico, quien le informará sobre medicamentos útiles (27).

Según el momento de la aparición, la emesis puede ser aguda, producida a las pocas horas de la administración del tratamiento, ¿puede haber vómitos diferidos que se presentan de forma tardía y también pueden aparecer vómitos anticipatorios. Estos son originados por un reflejo condicionado, tras una mala experiencia anterior. Entonces podemos clasificar los fármacos quimioterapéuticos según el riesgo de emesis en cuatro grupos:

Los fármacos de riesgo alto donde hay 90% de los casos son; cisplatino, mecloretamina, carmustina, dactinomicina, dacarbacina, estreptozocina, ciclofosfamida a dosis superiores de 1500mg/m². De riesgo moderado donde el 30 – 90% de los casos son; oxaliplatino, citarabina a más de 1 g/m², ciclofosfamida a dosis inferiores a 1500 mg/m², ifosfamida, carboplatino, daunorrubicina, doxorubicina, epirubicina, idarrubicina, irinotecan. Los de riesgo bajo donde el 10- 30 % de los casos son; paclitaxel, docetaxel, metotrexate, gemcitabina, topotecan y los de riesgo mínimo es >10% de los casos son; bevacizumab, bleomicina, rituximab, vinblastina, vincristina, busulfan y fludarabina.

Las náuseas y vómitos, aparte de ser molestos, pueden desencadenar otras complicaciones a las que se debe prestar atención y que pasamos a enumerar:

Los problemas derivados de la pérdida de líquidos y electrolitos, sobre todo en pacientes con patologías asociadas como la diabetes, insuficiencia cardiaca, etc.

Lesiones producidas por el aumento de la presión abdominal durante el vómito, como eventraciones, prolapso a través de la colostomía, hemorragia subconjuntival, etc.

En caso de vómitos incoercibles será preciso plantearse la suspensión temporal de la quimioterapia oral o en infusión continua, con el consiguiente perjuicio al no completar el tratamiento.

Predisposición al vómito en los ciclos sucesivos, al producirse un reflejo condicionado que puede desencadenar el vómito con un simple olor, o la visión de algo que le haga recordar el tratamiento, e incluso desencadenar estados psicológicos de ansiedad y depresión.

Recomendaciones en pacientes con náuseas y vómitos:

Administrar la medicación antiemética prescrita con la suficiente antelación, relajarse antes de comer.

Reposar después de comer en posición sentado o incorporado.

Evitar lugares con olores penetrantes, a comida, perfumes, pintura, olores desagradables, comer en lugares bien ventilados.

Usar ropa holgada que no comprima cintura ni abdomen.

No comer/beber 2 horas antes del tratamiento.

Es importante mantener la hidratación bebiendo líquidos suficientes.

Usar cubiertos de plástico para evitar lo metálico que puede causar sabor amargo.

Estreñimiento:

El hábito intestinal es una dinámica corporal totalmente individual, siendo complejo definir cuál es la defecación correcta lo cual ha de ser valorada de forma individualizada con el sujeto, revisando sus hábitos alimentarios, de actividades físicas, de ingesta de suplementos; por este motivo vemos como el estreñimiento puede ser valorado por los pacientes de forma subjetivas de diferentes formas. De esta manera el estreñimiento reduce el número de frecuencia y peso normal que habitualmente se asocia a un endurecimiento de las heces (29).

En cualquier caso, el tratamiento debe ser etiológico, es decir, en función de la causa que origina el cuadro (tratamiento dietético, fomento de ejercicio físico, reeducación del hábito intestinal, pautas higiénicas y tratamiento con laxantes en casos específicos, etc.).

La mayoría de estreñimientos responden bien a medidas terapéuticas sencillas y no agresivas como las medidas dietéticas. El incremento en los aportes de fibra a partir de cereales integrales, verduras y frutas, legumbres, frutos (as) secas se asocia con un aumento en la frecuencia de las deposiciones y un

mayor peso de las heces. La fibra actúa aumentando la masa fecal, estimulando los movimientos intestinales y facilitando la fluidez de las heces.

Aunque está descrito que se ha de aumentar en un 45% la cantidad de fibra en la dieta para que el efecto sea rápidamente visible, una dieta que incluya alimentos ricos en fibra en todas las comidas favorece la mayoría del tránsito intestinal. Las dietas en fibra pueden producir algunos efectos desagradables al inicio, como el aumento del meteorismo y borborigmos. Si se incrementa el consumo de fibra de forma gradual es probable que los síntomas sean menos molestos. En una primera fase del tratamiento dietético del estreñimiento leve se deben introducir alimentos como:

Verduras tiernas crudas en ensaladas o cocidas ligeramente al vapor.

Legumbres cocidas varias veces en semanas, cereales integrales.

Pollo y jamón magro cocidos, pescados blancos y azules, huevos en tortilla o revueltos.

Leche deslactosado, yogur y quesos frescos.

Frutas crudas, si se tolera mejor se pueden preparar en licuados pero manteniendo la pulpa.

Consumir aceites vegetales crudos aprovechando cualquier ingesta.

En segunda fase, se agregarán paulatinamente alimentos más ricos en residuos como : pan y cereales integrales, vegetales duros y fibrosos, legumbres enteras, frutos secos, las semillas como las de linaza o las de chía se puede consumir machacadas en la mayoría de los platos a lo largo del día, ensaladas y zumos.

Un punto muy importante a tener en cuenta es aumentar la ingesta de líquidos, ya sea con las comidas (sopas, gelatinas, infusiones, etc.) o entre comidas (preferiblemente agua, zumos naturales). En los pacientes con cáncer, la

apetencia de líquidos es escasa, por lo que ha de realizarse de forma muy repartida en el día, con diferentes sabores. La temperatura de estos líquidos también es primordial, siendo preferible que sea a temperatura ambiente o caliente, para movilizar el intestino. Como indicación, realizar la primera ingesta de agua templada en ayunas favorece el peristaltismo intestinal.

Manejo del Dolor en paciente oncológico:

La Asociación Internacional para el estudio del dolor lo define como "una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión". El dolor es siempre subjetivo; cada persona aprende a aplicar la palabra a través de experiencias en los primeros años de vida (30).

Es incuestionable que el dolor físico es una sensación desagradable en una o más partes del cuerpo, por lo tanto, es también una experiencia emocional. El dolor altera el afecto del paciente, deseo de vivir, relaciones familiares, vida social, sueño, apetito, espiritualidad y habilidad para participar en actividades físicas; ya sea para el cuidado de sí mismo o recreación. Cuando no se trata, el dolor puede causar la muerte emocional y espiritual del paciente mucho antes de la muerte biológica.

A menudo en oncología se menciona el dolor asociado con cáncer como un dolor maligno y lo diferencian de los otros tipos de dolor agudo o crónico. Aunque la enfermedad metastásica tiene algunas características únicas, tales como la progresión, síndromes de dolor iatrogénico (ej. dolor neuropático postirradiación) y su potencial de ser letal, se cree que el dolor que sufren los pacientes oncológicos tiene las mismas cualidades que tienen los dolores agudos, crónicos o recurrentes y no debe considerarse como un dolor especial.

Por otra parte, el dolor es una percepción subjetiva que es resultado de transducción, transmisión y modulación de información sensorial filtrada por la composición genética de la persona, su educación y atenuada por el estatus fisiológico actual, respuesta idiosincrásica, las expectativas, el estado de ánimo y el ambiente sociocultural. Por lo tanto, el alivio de dolor no es simple tratamiento del dolor sino tratamiento de una persona con dolor.

El dolor oncológico terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable, a pesar de los avances en los últimos diez años en torno al dolor las cifras que manejamos siguen siendo inaceptables: hasta el 30% de los pacientes tienen dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad oncológica. La introducción de las unidades del dolor y de los cuidados paliativos en la cartera de servicios de la mayoría de hospitales ha supuesto un importante paso adelante si bien no es suficiente para abarcar todas las necesidades de este colectivo de pacientes y familiares.

No cabe duda que el abordaje del dolor oncológico avanzado incluso refractario constituye un reto, no tan solo desde el punto de vista médico sino ético. Los pacientes y más frecuentemente los familiares tienen importante limitación a la hora de aceptar un tratamiento con opioides mayores, por las connotaciones sociales de los mismos o por la identificación de la “morfina” con la gravedad extrema.

Otra importante limitación a la hora del tratamiento del dolor en pacientes con estados avanzados de su enfermedad lo constituye la posibilidad de que la propia analgesia desencadene la muerte del paciente, cuando el planteamiento debe ser que en esas fases de la enfermedad el dolor posiblemente constituye la única causa del hilo de vida o agonía en la medida que es el estímulo para la descarga de aminos necesarios para actividad vital mínima, es lógico por tanto

que al abolir dicho estímulo el paciente cause exitus, pero siempre como consecuencia de su proceso de base .

Encontramos la declaración de la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que afirma: “La atención integral y la promoción de la calidad de vida en las fases más avanzadas de las enfermedades crónicas evolutivas y de los enfermos terminales, deben ser consideradas como un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias y sociales”.

Clasificación del dolor oncológico:

Sin duda son posibles varias clasificaciones del dolor oncológico, no obstante, debemos apoyarnos en aquellas que nos puedan resultar especialmente útiles en dos aspectos fundamentales, por un lado, en la valoración y diagnóstico de estos pacientes y por otro lado para plantear el abordaje terapéutico. Es por ello que mencionamos principalmente dos clasificaciones una desde un punto de vista fisiopatológico y otra de los diferentes tipos de dolor oncológico ante los que nos podemos enfrentar en la práctica clínica (31).

Desde un punto de vista fisiopatológico existen tres tipos de dolor (somático, visceral y neuropático). También nos interesa conocer los tipos de dolor y circunstancias que pueden presentar estos pacientes en el curso natural de su enfermedad considerando que se pueden presentar varias superpuestas o sucesivas en el tiempo. Así debemos conocer que existe: Dolor basal Dolor continuo, que precisa una medicación pautada, no a demanda, por lo general progresiva y siempre con la posibilidad de tener que administrar para su control, dosis “de rescate” o fármacos coadyuvantes, ante su reactivación.

Crisis de dolor irruptivo: Son exacerbaciones transitorias, rápidas incluso fugaces sobre el dolor basal, que puede y debe estar controlado con la medicación pautada. Se pueden clasificar a su vez como:

Dolor incidental: de causa desencadenante conocida (con mayor frecuencia algún movimiento concreto) que se debe “prevenir” con dosis de analgesia extra. El éxito terapéutico radica en la prevención que es la circunstancia que lo define, hoy día disponemos de medicación que nos permitirá amortiguar este dolor. Lo padecen hasta un 65% de los pacientes terminales.

Dolor irruptivo espontáneo: la diferencia fundamental es que no tiene desencadenante y no es previsible al no obedecer a un patrón fijo por tanto se trata una vez iniciados los síntomas con dosis extra de analgesia, que nos interesa que tengan el mínimo tiempo de latencia entre la toma y el efecto analgésico.

Dolor por fallo final de dosis: Cuando hemos pautado la medicación al paciente después de un tiempo variable nos va a referir que el dolor empieza antes de tener la siguiente toma de analgésico, ante esta circunstancia las opciones son dos, o bien incrementar la dosis de analgésicos o con más frecuencia acortar el tiempo interdosis.

Dolor neuropático: Sus principales características se han comentado en la clasificación anterior. *Dolor iatrogénico:* Dolor oncológico originado por los tratamientos a los que se somete el paciente, principalmente radioterápicos (radio dermatitis, mucositis, dolores neuropáticos y/o quimioterápicos (mucositis, dolor neuropático).

Dolor refractario: Hasta un 15% del dolor oncológico es resistente a morfínicos, precisando para su tratamiento técnicas propias de las unidades del dolor. Sin embargo, debemos tener en cuenta antes de clasificar a un dolor como refractario que según el estudio DOME, aún no informamos bien por escrito; no se nos entiende bien; no evaluamos bien, no empleamos bien los tratamientos no farmacológicos y no empleamos adecuadamente los tratamientos farmacológicos. De lo que se infiere que algún dolor clasificado como refractario no lo es y sólo se trata de una mala orientación terapéutica.

Dolor no oncológico en paciente con diagnóstico oncológico: No debemos olvidar que el paciente con cáncer (incluso en su fase Terminal) puede sufrir dolor no relacionado con la enfermedad de base, dolor que a menudo es difícil de detectar puesto que su presentación típica está desvirtuada por el estado del propio paciente o más frecuentemente por la analgesia que ya tiene pautada que puede atenuar los síntomas o enmascararlos, un ejemplo de consecuencias incluso fatales puede ser el dolor asociado a eventos isquémicos miocárdicos.

El dolor total del cáncer es un dolor que actúa negativamente sobre la salud física y mental, la capacidad funcional, los recursos económicos y la pérdida del ambiente social. Así pues el paciente con dolor total oncológico presenta necesidades que requieren una asistencia continuada; de tipo físico, procedentes del tumor y sus tratamientos, a tratar por el oncólogo: la desfiguración, el dolor, la debilidad, el estreñimiento y la anorexia; emocionales, sociales y espirituales procedentes de la falta de información, ansiedad, aislamiento, el abandono, los problemas familiares; que deben ser tratadas por el psicólogo y el asistente social.

Importancia de la ayuda emocional ante el dolor:

Recibir apoyo emocional le servirá de ayuda al paciente para: entender que sus cambios emocionales ante el dolor son normales, entender que un efectivo tratamiento del dolor mejora su calidad de vida, adquirir mecanismos para gobernar las respuestas emocionales y aumentar su control personal, adquirir habilidades sobre el uso de técnicas para aliviar el dolor (técnicas de relajación, etc.), comprender que todo un equipo de profesionales actuará y orientará tanto al paciente como a la familia ante la presencia del dolor (32).

Métodos y técnicas no farmacológicas:

Estas técnicas que se comentan a continuación no sustituyen la medicación que el médico le ha prescrito. Aunque muchas personas diagnosticadas de

cáncer se han beneficiado de ellas y han experimentado alivio del dolor y disminución del estrés, sin embargo antes de realizarlas debe consultarlo con su médico.

Existe una variedad de métodos útiles para paliar el estrés que produce la enfermedad así como los efectos secundarios originados por el tratamiento, el dolor, la tensión muscular y la ansiedad están relacionados entre sí y tienden a autoalimentarse entre ellos. Las técnicas de relajación ayudan a romper este círculo vicioso y a la vez aumentan la confianza del paciente para enfrentarse a diversos procesos, se ha demostrado su eficacia en situaciones de estrés, dolor, cefaleas tensionales, migrañas y en la reducción de náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia. Dichas técnicas también pueden ayudar a conciliar el sueño, a reducir la ansiedad y a tener más energía.

Existen diferentes formas de relajarse como: la relajación muscular progresiva, visualización, distracción, musicoterapia, etc.; las cuales estas diferentes técnicas y métodos ayudan a distraer la mente y modificar la escala de dolor que el paciente presente.

Consejos generales que le ayudarán a estar más relajado como: cuídese durante la enfermedad, salga a pasear pero sin agotarse, el descanso es importante: si se siente cansado/a y le cuesta, conciliar el sueño, pruebe alguna técnica de relajación y consulte con su médico, si le ofrecen ayuda, acéptela, porque siempre hay personas dispuestas a ayudar y posiblemente usted no lo sabe, mantenga sus actividades lúdicas, disfrute con aquellas cosas que le gustan, intente salir cada día un rato, aunque sea por un corto período de tiempo, no intente abarcar todo, céntrese en aquellas cosas o actividades realmente importantes y necesarias y relaciónese con aquellas personas con las que se encuentra a gusto, evite los compromisos que no le resulten gratos.

2.3. Definición de términos básicos:

Cuidador: 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.

Enfermera: es una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación post básica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada.

Conocimiento: se define como la acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las capacidades que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente. Además, se define “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”. Por lo cual se adquiere gracias a los actos de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”

Programa educativo: es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico donde brinda orientación al cuidador respecto a actividad y enseñanza para el paciente oncológico.

CAPITULO III:
MARCO METODOLOGICO

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

La presente investigación estuvo guiada por el paradigma cuantitativo, la cual intenta explicar y predecir los fenómenos investigando regularidades de forma secuencial y probatoria; parte de una idea donde se deriva objetivos y se revisa por la literatura construyendo una perspectiva teórica donde se establece una hipótesis y determinan las variables desarrollando un plan probatorio, analizando mediciones obtenidas y estableciendo conclusiones (33).

La presente investigación usó el diseño experimental, ya que se trató de explicar cómo afecta a quienes participan en comparación con quienes no lo hacen y son de tipo pre experimental, ya que se aplicó un estímulo a un grupo de personas después se usó una medición de una o más variables para observar cual es el nivel del grupo.

El esquema se presenta de la siguiente manera:

GE: O1: PE: O2

GE: Grupo experimental

O1: Resultado del pre test sobre nivel de conocimientos de manejo alimenticio y del dolor.

PE: Aplicar un programa educativo.

O2: resultado del post test sobre nivel de conocimientos de manejo alimenticio y del dolor.

3.2. Población y muestra:

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones; entonces la población con la que se trabajó en la presente investigación fueron 50 cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes enero – marzo 2016.

Se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{T}$$

Dónde:

Z= 1.96: Valor tomado de la tabla de la distribución normal, leído al 85% de confiabilidad.

p = 78%=0.78 proporción de personas que tienen un buen nivel de conocimientos sobre cuidado del paciente oncológico, determinado mediante una encuesta piloto aplicada a 10 cuidadores de pacientes oncológicos.

q= 5% = 0.05: Proporción complemento de p

T = 9% = 0.09: Tolerancia de error asumida por las investigadoras.

Reemplazando valores se tiene:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.78)(0.05)}{(0.09)^2}$$

n = 20

Se trabajó con una muestra de 20 cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica.

Criterios de inclusión:

Cuidadores mayores de 20 años de edad.

Con grado de instrucción mínimo secundaria completa.

Que permanezcan el mayor tiempo con el paciente y se encargan de la atención en el hogar del mismo.

Cuidadores con disposición de tiempo para participar del programa educativo.

Criterios de exclusión:

Cuidadores que no hablen el idioma castellano.

Cuidadores que tengan algún deterioro cognitivo.

La muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectaron datos y que tuvo que definirse y delimitarse de antemano con precisión; entonces por tratarse de una investigación experimental de tipo pre experimental la muestra con la que se trabajó la presente investigación fueron 20 cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes enero – febrero 2016 (33).

El muestreo fue de tipo probabilístico porque nos sirvió para determinar que parte de la población debe examinarse, con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población (33).

3.3. Hipótesis:

El “Programa educativo “caminando con el cáncer” fue efectivo ya que influyó significativamente en el nivel de conocimientos de los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a marzo del 2016.

3.4. Variables:

VI: PROGRAMA EDUCATIVO:

Definición conceptual: es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico donde brinda orientación al cuidador respecto a actividad y enseñanza para el paciente oncológico (25).

Definición operacional: es un documento que contiene fundamentos, objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza y evaluaciones dirigidos a cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes con relación al manejo alimenticio y del dolor.

VD₁: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO ALIMENTICIO:

Definición conceptual: es el grado de información almacenada mediante experiencias o aprendizaje de los alimentos y sus beneficios (30).

Definición operacional: es el resultado de la aplicación de una encuesta dirigida a cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica donde se midió el manejo de la alimentación, las cuales tendrán tipos de alimentos que debe consumir el paciente oncológico, temperatura de las comidas, cambios en las papilas gustativas, cantidad de alimentos, frecuencia del consumo de alimentos, alimentos que no debe ingerir, pérdida de apetito, hidratación del paciente, náuseas, vómitos y estreñimiento a los pacientes oncológicos.

VD₂: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE DOLOR

Definición conceptual: es la medición de saberes según aptitudes y prácticas que se aplica con respecto experiencias sensoriales y emocionales desagradables por múltiples causas, que impiden a las personas tenga una buena calidad de vida (31).

Definición operacional: es el resultado de la aplicación de una encuesta dirigida a cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica donde se medirá manejo del dolor, que influye en el tratamiento farmacológico y no farmacológico.

3.5. Operalización de las variables:

Variables	Dimensiones	Indicador	Técnicas e instrumentos
Programa educativo	Objetivos	Generales Específicos	Técnica: análisis documental Instrumento: guía de análisis.
	Contenidos	-Manejo alimenticio -Manejo del dolor	
	Estrategias de enseñanza	Dinámica Expositiva Retroalimentación Videos Método de problemas	
nivel de conocimientos nutricionales	Manejo de la alimentación	Tipos de alimentos que debe consumir el paciente oncológico Temperatura de las comidas Cambios en las papilas gustativas Cantidad de alimentos	Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario

			<p>Frecuencia del consumo de alimentos</p> <p>Alimentos que no debe ingerir</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Hidratación del paciente</p> <p>Náuseas y vómitos</p> <p>Estreñimiento</p>	
nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor	<p>Manejo del dolor.</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Tratamiento farmacológico</p>	no	<p>Acciones frente al dolor</p> <p>Afecciones del dolor</p> <p>Evidencia de dolor</p> <p>Posiciones ante el dolor</p> <p>Apoyo emocional ante el dolor</p> <p>Técnicas ante el dolor</p> <p>Métodos ante el dolor</p> <p>Medicamentos</p> <p>Complicaciones de los medicamentos</p>	<p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento: cuestionario</p>

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.6.1. Técnicas de recolección de datos:

La técnica que se utilizó en la presente investigación fue una encuesta, la cual es un instrumento que permite recabar información general y puntos de vista de un grupo de personas. Y también se utilizó un análisis documental donde un conjunto de operaciones encaminadas a representar un documento y su contenido bajo una forma diferente de su forma original (33).

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos:

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario y guía de análisis con preguntas cerradas, siendo un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, esto ayudó y diagnosticó el problema con información real y objetiva, de acuerdo con los resultados que se obtuvieron de las encuestas nos permitió conocer el nivel de conocimientos de los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes enero – febrero 2016.

El cuestionario elaborado constó de una introducción, instrucciones específicas, datos generales y estuvo dividida en dos partes una relacionada con el manejo alimenticio y la otra con el manejo del dolor. Cada pregunta estuvo conformada con cuatro alternativas múltiples las cuales por cada respuesta correcta obtendrá el valor de un punto y cada respuesta incorrecta obtendrá el valor de cero puntos **(Anexo 1)**

El cuestionario constó de 20 preguntas, las primeras 10 estuvieron enfocadas al manejo alimenticio y las 10 últimas al manejo del dolor las cuales fue de fácil respuesta.

Donde cada respuesta correcta tuvo el valor de 1 punto.

Escala para cuantificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio de los cuidadores de pacientes oncológicos

Muy bueno	8 – 10
Bueno	5 – 7
Regular	3 – 4
Deficiente	1 – 2

Escala para cuantificar el nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor de los cuidadores de pacientes oncológicos

Muy bueno	8 – 10
Bueno	5 – 7
Regular	3 – 4
Deficiente	1 – 2

La validez del contenido fue obtenida mediante el juicio de los expertos conformados por tres especialistas en el área de oncología quienes proporcionaron sus sugerencias (**Anexo 2**).

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó la técnica del ALFA DE CRONBACH, para lo cual se aplicó en una prueba piloto a 10 cuidadores cuyos resultados fueron procesados mediante el software estadístico SPSS versión 20 arrojando un índice de confiabilidad del instrumento del 0.78 %.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos:

Para el procedimiento de la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

Primero: se pidió autorización del hospital Regional docente Las Mercedes, para la aprobación y permiso respectivo.

Segundo: se pidió permiso de la licenciada a cargo de la unidad oncológica, con una breve explicación con respecto a nuestro proyecto de investigación y a la aplicación de nuestro instrumento.

Tercero: El consentimiento informado del cuidador de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes. **(Anexo 3)**

Cuarto: se aplicó un instrumento – pre test, para identificar el nivel de conocimientos de los cuidadores.

Quinto: se desarrolló el programa educativo “caminando con el cáncer” a los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes. **(Anexo 4)**

Sexto: se realizó una retroalimentación de los temas expuestos en el programa educativo.

Séptimo: se realizó un post test para identificar el nivel de conocimientos adquiridos a través del programa educativo “caminando con el cáncer”.

3.8. Análisis estadístico e interpretación de los datos:

Los datos recolectados a través de nuestro instrumento fueron consolidados en tablas estadísticas y el análisis de los datos se realizó a través de cifras porcentuales. Para determinar la diferencia significativa entre porcentajes del pre test y el Post test, se utilizó la técnica del ALFA DE CRONBACH cuyos

resultados fueron procesados mediante el software estadístico SPSS versión 20 arrojando un índice de confiabilidad del instrumento del 0.78 %.

3.9. Criterios éticos:

En la presente investigación se utilizó como referencia al informe Belmont la cual se basa en tres principios como son el respeto a la persona, beneficio y justicia.

El respeto a la persona: es la consideración de alguien o incluso algo, que se reconoce valor social o especial deferencia. El respeto en las relaciones interpersonales comienza en el individuo, en el reconocimiento del mismo como entidad única, que necesita y quiere comprender al otro. Consiste en saber valorar los intereses y necesidades de otro individuo, la cual en esta investigación se respetó a la persona en todas sus dimensiones éticas, donde se les informó y así participaron voluntariamente fomentando así el respeto a la persona.

Beneficio: la cual consideramos a la persona de manera autónoma respetando sus decisiones y protegiendo su identidad. En esta presente investigación fue de beneficio al cuidador para brindar un mejor cuidado al paciente oncológico teniendo conocimientos teóricos y prácticos.

Justicia: es un conjunto de pautas y criterios que establecen un marco adecuado para la relación entre personas e instituciones. En la presente investigación se garantizó la libertad e igualdad de cada persona.

3.10. Criterios de rigor científico:

La presente investigación fue de tipo cuantitativo la cual explicó los criterios éticos que se tomen en cuenta:

Objetividad: el presente instrumento utilizado (el cuestionario) fue para medir el nivel de conocimiento de los cuidadores que tuvo como un mínimo a tres expertos para su respectiva validez y confiabilidad.

Auditabilidad: el presente proyecto de investigación estuvo elaborado bajo la base de investigaciones, pero único en su elaboración.

Consistencia: el presente proyecto de investigación tuvo coherencia entre el problema, objetivos, hipótesis, metodología y su respectivo análisis. **(Anexo 6)**

CAPITULO IV:
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas:

TABLA 1

Edad de los cuidadores de pacientes oncológicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016

EDADES	N°	%
22 -28	7	35%
29 - 34	4	20%
35 - 40	1	5%
41 – 46	2	10%
47 – 52	1	5%
53 - 59	5	25%

$$\bar{X} = 38 \text{ Años}$$

Fuente: Cuestionario aplicado a Cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.

En la tabla 1 la mayoría (35%) de los cuidadores de pacientes oncológicos, tuvieron de 22 a 28 años, el 25% entre 53 a 59 años, 20% de cuidadores tuvieron de 29 a 34 años y 10% entre 41 a 46 años, siendo la edad promedio de los cuidadores 38 años.

TABLA 2

Sexo de los cuidadores de pacientes oncológicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016.

SEXO	N°	%
Hombre	10	50%
Mujer	10	50%

Fuente: Cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.

En la tabla 2 el total de cuidadores de pacientes oncológicos, son el 50% hombres y el 50% mujeres.

TABLA 3

Nivel de instrucción de los cuidadores de pacientes oncológicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016

NIVEL DE INSTRUCCION	N°	%
Secundaria	10	50%
Superior no universitaria	4	20%
Superior universitaria	6	30%

Fuente: Cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.

En la tabla 3 con respecto al grado de instrucción, el 50% tuvieron secundaria, mientras el 30% superior universitaria y un 20%, tuvieron superior no universitario (Técnicos).

TABLA 4

Estado civil de los cuidadores de pacientes oncológicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero(a)	10	50%
Casado(a)	4	20%
Conviviente	6	30%
Viudo(a)	-	-
Divorciado(a)	-	-

Fuente: Cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.

En la tabla 4 nos presentó información sobre el estado civil de los cuidadores de pacientes oncológicos, y se observó que el 50% son solteros, el 30% son convivientes y 20% son casados.

TABLA 5

Zona de residencia de los cuidadores de pacientes oncológicos en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016.

ZONA DE RESIDENCIA	N°	%
Urbana	5	25%
Urbano marginal	11	55%
Rural	4	20%

Fuente: Cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.

Se aprecia en la tabla 5 que el 55% de los cuidadores de pacientes oncológicos residió en la zona urbana marginal, mientras el 25% en la zona urbana y el 20% en la zona rural.

TABLA 6

Nivel de conocimientos sobre manejo alimenticio de los cuidadores de pacientes oncológicos durante el pre test y post test en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Muy bueno *	1	5%	18	90%
Bueno	5	25%	2	10%
Regular	13	65%	-	-
Deficiente	2	10%	-	-

* $Z_c = 5.38$ $Z_t = 1.96$ $p < 0.05$

Fuente: *Cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.*

El nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio de los cuidadores de pacientes oncológicos durante el pre test es bajo en comparación con los resultados del post test que es alto. Se apreció que en el pre test la gran mayoría (65%) tuvo un regular nivel de conocimientos y un 25% un buen nivel de conocimientos.

Durante el post test, se observó que la gran mayoría (90%) de cuidadores de pacientes oncológicos llegaron a tener un muy buen nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y un 10% tienen un buen nivel de conocimientos.

La tendencia ascendente de los porcentajes del pre test con respecto al post test, se debió al efecto que ha causado el programa educativo. Comparando la proporción de pacientes (90%) que alcanzaron un nivel de conocimientos muy bueno durante el post test con la proporción de pacientes (5%) durante el pre test se puede apreciar que existe una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$).

TABLA 7

Nivel de conocimientos sobre manejo del dolor de los cuidadores de pacientes oncológicos durante el pre y post test en el Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Muy bueno *	2	10%	17	85%
Bueno	6	30%	3	15%
Regular	10	50%	-	-
Deficiente	2	10%	-	-

* $Z_c = 4.75$ $Z_t = 1.96$ $p < 0.05$

Fuente: Cuestionario aplicado a los cuidadores de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica HRDLM.

Comparando el nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor de los cuidadores de pacientes oncológicos durante el pre test y el post test se apreció que en el pre test la mayoría (50%) tuvieron un regular nivel de conocimientos y un 30% un buen nivel de conocimientos.

Durante el post test, se observó que la gran mayoría (85%) de cuidadores de pacientes oncológicos llegaron a tener un muy buen nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor y un 15% tienen un buen nivel de conocimientos.

La tendencia ascendente de los porcentajes del pre test con respecto al post test, se debió a la efectividad que ha ocasionado el programa educativo. Comparando la proporción de pacientes (85%) que alcanzaron un nivel de conocimientos muy bueno durante el post test con la proporción de pacientes (10%) durante el pre test se puede apreciar que existe una diferencia estadística significativa ($p < 0.05$).

4.2. Discusión de resultados:

El cáncer es una enfermedad que día a día se hace más común en nuestra sociedad y aqueja a muchas personas alrededor del mundo, que conjuntamente deteriora no solo al organismo del paciente, sino a las personas que les rodean especialmente a sus familiares – cuidadores.

Considerando que el objetivo principal de este estudio fue demostrar la efectividad del programa educativo denominado “Caminando con el cáncer”, en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor por los cuidadores de pacientes atendidos de la Unidad Oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes; donde los resultados reflejaron un incremento significativo del nivel de conocimientos de los cuidadores progresivamente después de la aplicación del programa educativo.

El rol del cuidador juega un papel importante dentro del tratamiento anticancerígeno, vigila la adherencia, controla la alimentación, brinda el cuidado, vigila signos de alarma y atiende integralmente a su familiar. Por lo cual es quien brinda su apoyo físico, emocional y espiritual a la persona con cáncer; siendo parte del paciente oncológico y de sus múltiples vivencias; durante el proceso de su enfermedad; soportando los efectos adversos del tratamiento, siendo así el cuidador parte de la familia como fuerza y razón para seguir viviendo (34).

Según Martínez O; define que un programa educativo es un documento donde se desarrolla diversas actividades que permite organizar y detallar un proceso de enseñanza – aprendizaje, con el objetivo de brindar orientación, educación y concientizar al cuidador en relación al manejo del dolor y el apoyo alimenticio de los pacientes con cáncer, brindando así conocimientos de acuerdo al tratamiento oncológico que cada paciente esté recibiendo (23).

El programa educativo se caracterizó por tener una metodología activa participativa, teniendo como estrategia la visualización, exposición, dinámicas grupales, retroalimentación; se realizó en un periodo de un mes (4 sesiones de aprendizaje) con un tiempo de 45 minutos por cada sesión; el cual tuvo como contenidos; manejo alimenticio con los temas de: tipos de alimentos, cantidades, frecuencia, temperatura y algunos problemas con la alimentación y con respecto al manejo del dolor los temas de: tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El presente programa educativo fue aplicado a 20 cuidadores de pacientes oncológicos con el fin de comprobar su efectividad, las personas que lo recibieron se caracterizaron por que la mayoría tuvo un promedio de 38 años de edad, de los cuales 50% varones y el 50% mujeres, 50 % con secundaria completa, 30% estudios universitario y un 20% tienen superior no universitaria (técnico), en relación al estado civil de los cuidadores el 50% solteros, 50% entre convivientes y casados, de acuerdo a su zona de residencia 55% habitan en zona urbana marginal, y 50% entre zona urbana y rural. Los cuales estos ítems nos sirvieron para identificar la disposición del cuidado y tiempo, captación de conocimientos y destrezas de los cuidadores de pacientes oncológicos.

De acuerdo a la aplicación del pre test los resultados fueron un 65% tienen un nivel de conocimientos regular, 25% un buen nivel y 10% un nivel deficiente. Solo se ha medido el nivel de conocimiento del manejo alimenticio. En lo concerniente al nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor, se observa que un 50% tienen un nivel regular, 30% un buen nivel e iguales porcentajes (10%) tienen un nivel deficiente y muy bueno respectivamente.

Luego de aplicado el programa educativo se evidencio un incremento significativo del nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio, en comparación a lo obtenido antes del programa educativo. En las tablas N°6 y 7

se observa el 90% de los cuidadores obtuvieron un nivel muy bueno, y solamente el 10% un buen nivel. Con respecto al nivel de conocimientos sobre el manejo del dolor, se observa que el 85% tienen un nivel muy bueno, y 15% un buen nivel; lo cual indica que el nivel de conocimiento ha mejorado notablemente.

Los resultados muestran una similitud con la investigación realizada por Fernández, C. realizada en Lima. En donde se concluyó que el modelo de intervención educativa sobre el manejo de los cuidados fue efectivo en el incremento de conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos, luego de la aplicación del modelo de intervención educativa (35).

La investigación realizada por Infantes, F. aplicado en Chiclayo. Concluye que los cuidadores familiares aprenden por medio de los profesionales de salud observándolos día a día frente al cuidado que brindan al familiar enfermo, explicándoles de manera equitativa, adecuada y ordenada de la forma del cuidado (36).

Ante lo expuesto el presente programa educativo nos hace recordar la importancia de trabajar en equipo (enfermera - cuidador) para motivar continuamente no solo al paciente sino también al cuidador, potenciando la labor del familiar- cuidador generando un ambiente de seguridad y confianza para poder contribuir en la mejoría del tratamiento oncológico de esta manera hemos logrado enriquecer conocimientos que tienen los cuidadores.

**CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

El programa educativo “Caminando con el cáncer ” fue efectivo ya que incrementó el nivel de conocimiento sobre el manejo alimenticio y el dolor de los cuidadores de pacientes oncológicos, luego de la aplicación del programa educativo el cual fue demostrado a través de las tablas estadísticas con cifras porcentuales comparando el antes y después del programa.

Los cuidadores de pacientes oncológicos se caracterizaron por tener una edad promedio de 38 años, de los cuales 50% fueron varones y mujeres respectivamente, 50% con estudios superiores y 50% con estudios no superiores, en relación al estado civil de los cuidadores el 50% solteros, 50% entre convivientes y casados, 55% habitan en zona urbana marginal y 45% entre zona urbana y rural, esta caracterización sirvió para garantizar la efectividad del programa educativo.

El 75% de los cuidadores de pacientes oncológicos después de la aplicación del pre test obtuvieron un nivel de conocimiento entre regular y deficiente sobre el manejo alimenticio; luego de la aplicación del programa educativo caminando con el cáncer se demostró su efectividad en el post test ya que el 100% de los cuidadores obtuvieron un nivel de conocimiento muy bueno y bueno respectivamente.

El 60% de los cuidadores de pacientes oncológicos después de la aplicación del pre test obtuvieron un nivel de conocimiento entre regular y deficiente sobre el manejo del dolor; luego de la aplicación del programa educativo caminando con el cáncer se demostró su efectividad en el post test ya que el 100% de los cuidadores obtuvieron un nivel de conocimiento de muy bueno y bueno respectivamente.

Los resultados demuestran que la aplicación del programa educativo “Caminando con el Cáncer” logró un incremento significativo en el nivel de conocimientos sobre manejo alimenticio y dolor de los cuidadores de paciente oncológicos, este programa se caracterizó por tener una metodología activa participativa, donde se utilizó estrategias de visualización, exposición, dinámicas grupales y retroalimentación, de esta manera se ha logrado fortalecer conocimientos en los cuidadores.

5.2. Recomendaciones:

- A la jefa de enfermería de la unidad oncológica del hospital Regional Docente las Mercedes implementar un programa educativo sostenible con una metodología activa participativa (sesiones demostrativas) dirigidas a los cuidadores de los pacientes oncológicos quienes podrán ofrecer un mejor cuidado a sus familiares y/o pacientes.
- A la jefa de enfermería de la unidad oncológica del hospital Regional Docente las Mercedes capacitar permanentemente al personal de salud de la unidad oncológica sobre el “Cuidado Humanizado al paciente oncológico” para enriquecer conocimientos, habilidades y aptitudes.
- A las enfermeras de la unidad oncológica del hospital Regional Docente las Mercedes realicen investigaciones relacionadas con esta temática a fin de crear nuevas guía o protocolos de enfermería oncológica sobre el manejo alimenticio y el dolor por parte del cuidador.
- A los docentes y estudiantes de enfermería de la universidad Señor de Sipán que realicen investigaciones con esta misma temática, con diferente enfoque metodológico y poder así conocer mejor la problemática de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Osorio Huamancaja J. Vivenciando el cáncer: impacto en el paciente y familia, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2009. [Tesis Pre grado]. LIMA. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. 2010.
2. Ramos Muñoz W. Venegas Ojeda D. Elaboradores. Guía de análisis de la situación del cáncer en el Perú. 1a ed. Lima Ministerio de Salud: Dirección general de epidemiología, 2013.
3. Atención L, Arica A. Programa educativo sobre las prácticas alimentarias en el hogar del paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria en el hospital oncológico padre machado ubicado en la parroquia santa resalía del cementerio en el segundo semestre del 2007. [Tesis Pre grado]. Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de enfermería. 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas del cáncer de pacientes oncológicos. Febrero: OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
5. Ramos Muñoz W. Venegas Ojeda D. Elaboradores. Guía de análisis de la situación del cáncer en el Perú. 1a ed. Lima Ministerio de Salud: Dirección general de epidemiología, 2013.
6. El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo. Documentación Científica en salud oncológica [base de datos en línea]. Perú. Ministerio de Salud; 2010. [8 de septiembre del 2015].URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/datos.asp>.
7. Ramos Muñoz W. Venegas Ojeda D. Elaboradores. Guía de análisis de la situación del cáncer en el Perú. 1a ed. Lima Ministerio de Salud: Dirección general de epidemiología, 2013.

8. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. [Tesis Pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.
9. Zorrilla Ayllón I, Impacto emocional y social del cáncer. El Paciente Con Cáncer: Estrategias Terapéuticas.2007. Pag.1-30.
10. Hospital Regional Docente Las Mercedes. Bases estadísticas de pacientes recibiendo quimioterapia. Perú; 2015.
11. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. [Tesis Pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.
12. López M, Marroquín C. Conocimientos, sobrecarga laboral y edad como factores influyentes en la actitud del cuidador primario del paciente con cáncer pulmonar. [Tesis de pre grado]. Lima, Perú, 2014.
13. Ramírez Ordóñez Habilidades del cuidado de los cuidadores de pacientes con cáncer gastrointestinal. Avances en enfermería [Tesis Pre grado]. Colombia. Institución universitaria. 2013.
14. Laís Záu Serpa de Araújo, Carolina Záu Serpa de Araújo, Andreza Karine de Barros Almeida Souto, Maxwell da Silva Oliveira. El cuidador principal del paciente oncológico, repercusiones de esta responsabilidad. Brasilia – Brasil, 2010.
15. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. [Tesis Pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.

16. Huamancaja Osorio L. Vivenciado el cáncer: Impacto en el paciente y familia. [Tesis Post grado]. Perú: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
17. Infantes Fernández K. J. Cotidiano del familiar cuidador del niño hospitalizado que padece cáncer en fase terminal. Hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – ESSALUD. Chiclayo 2012.
18. Urra M.E, algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Scielo 2011; 17(03): 5-7.
19. Cisneros G.F. E. Introducción a los modelos y teorías de enfermería elaborada. Enfermera especialista. Universidad del Cauca. Programa de enfermería área de fundamentos tercer semestre Popayán. Agosto de 2002.
20. Según la Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la Región de las Américas. Febrero: OPS. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
21. Ordoñez M. M; Ramírez Suarez A. C; Vergel Pérez L. J; Santafé Tamayo L. F. Línea de atención para el cuidador principal de pacientes oncológicos con soporte social. Ciencia y cuidado. 2012. N° 1. (1). 1-42.
22. López M, Marroquín C. Conocimientos, sobrecarga laboral y edad como factores influyentes en la actitud del cuidador primario del paciente con cáncer pulmonar. [Tesis de pre grado]. Lima, Perú, 2014.
23. Guzmán T; Sánchez C; Martínez C. Manual para el paciente oncológico. 2da ed. 2012.
24. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. [Tesis Pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.

25. Martínez. Elsa. Seminario Terminal de Proyecto Educativo. [diapositiva]. México. 2012. ATEES. 16 Diapositivas.
26. Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU. Institutos Nacionales de la Salud. Consejos de alimentación: Antes, durante y después del tratamiento del cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. 2016. [15/2/16]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/consejos-de-alimentacion.pdf>.
27. Sociedad española de oncología médica. Manual para pacientes oncológicos y su familia. Barcelona: SEOM; 2007.
28. Martínez J, Villarino A. Recomendaciones de alimentación para pacientes oncológicos. España: Copyright; 2015.
29. Atención L, Arica A. Programa educativo sobre las prácticas alimentarias en el hogar del paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria en el hospital oncológico padre machado ubicado en la parroquia santa resalía del cementerio en el segundo semestre del 2007. [Tesis Pre grado]. Caracas. Universidad Central de Venezuela. 2008. Pag.35-39.
30. Sánchez. R; Guajardo J; Guillen R. Manejo integral del dolor. Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Cancerología. San Fernando 22. Col. Sección XVI. C.P. 14080. 2006. Tlalpan, México, D.F.
31. Sociedad española de oncología médica. Manual para pacientes oncológicos y su familia. Barcelona: SEOM; 2007
32. Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. 5ed. Madrid: Mc Graw Hill 2010.
33. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en

Hospital Daniel Alcides Carrión. [Tesis Pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.

34. Martínez. Elsa. Seminario Terminal de Proyecto Educativo. [diapositiva]. México. 2012. ATEES. 16 Diapositivas.

35. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. [Tesis Pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.

36. Infantes Fernández K. J. Cotidiano del familiar cuidador del niño hospitalizado que padece cáncer en fase terminal. Hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – ESSALUD. Chiclayo 2012.

ANEXOS N° 1



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO DIRIGIDA A CUIDADORES

PRESENTACIÓN: Somos estudiantes de enfermería de la USS, en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a usted para hacerle llegar el presente cuestionario la cual tiene como objetivo identificar el nivel de conocimientos con respecto al manejo alimenticio y dolor de sus pacientes con cáncer. Cabe enmarcar que este cuestionario es anónimo y confidencial, por lo que solicitamos su sinceridad al momento de contestar las preguntas. Gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES:

Edad: Sexo: Grado de instrucción (especificar):

Estado civil:..... Zona de residencia:.....

INSTRUCCIONES:

Marque con un aspa (x) o cruz (+) la respuesta que crea es la correcta según a su criterio.

1. ¿Qué debe de hacer usted antes de preparar los alimentos?
 - a) Contar los alimentos
 - b) Pesar los alimentos
 - c) Lavarse las manos
 - d) Lavar los alimentos.
2. ¿Qué tipo de alimentos debe de consumir su paciente con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia?
 - a) Alimentos condimentados
 - b) Caldos sopas y mazamoras.
 - c) Alimentos muy cocidos.
 - d) Solo frutas
3. ¿A qué temperatura debe ingerir las comidas después de su tratamiento?
 - a) Caliente
 - b) Tibio
 - c) caliente y fríos
 - d) Fríos

4. ¿Qué cambios sufre las papilas gustativas ante el consumo de alimentos después de los tratamientos oncológico?
 - a) Reduce la habilidad para los sabores dulces.
 - b) No diferencia los sabores.
 - c) Saborea mejor lo agrio que lo dulce.
 - d) Confunde los sabores.
5. ¿Qué tipos de alimentos debe consumir en mayor proporción su paciente?
 - a) carbohidratos
 - b) proteínas
 - c) lípidos
 - d) minerales.
6. ¿Con qué frecuencia y cantidad debe de consumir comidas su paciente?
 - a) En cantidades normales, tres veces al día.
 - b) Grandes cantidades y a cada rato.
 - c) En pocas cantidades más de cinco veces.
 - d) No debe de ingerir nada solo líquidos.
7. Si su paciente pierde el apetito ¿Qué debería de hacer usted?
 - a) Darle de comer más frutas y verduras durante el día.
 - b) Darle de comer en pequeñas cantidades varias veces.
 - c) Me preocupo y lo dejo hasta que tenga hambre.
 - d) Darle solo líquidos en pocas cantidades.
8. ¿Qué le debe brindar para mejorar la hidratación de su paciente?
 - a) Deshacer trocitos de hielo en la boca.
 - b) Darle alimentos bajos de sal.
 - c) Brindarle comidas espesas.
 - d) Darle enjuagues bucales.
9. ¿Cómo controlaría las náuseas o vómitos de su paciente después de la quimioterapia?
 - a) Darle de comer alimentos caliente.
 - b) Darle a ingerir caramelos de limón o menta.
 - c) Darle a ingerir grandes cantidades de alimentos.
 - d) Darle bebidas heladas.
10. ¿Cómo resolvería usted un evento de estreñimiento?
 - a) Darle alimentos ricos en fibra.
 - b) Consumo de dulces y alimentos grasos
 - c) Darle alimentos ricos en carbohidratos.
 - d) Darle a consumir laxantes.
11. ¿Por qué se ocasiona el dolor en pacientes oncológicos?
 - a) Por causa de los inyectables contra el cáncer.
 - b) Por la posición que adopta el paciente.
 - c) Por la presión que ejerce el crecimiento del tumor mismo.
 - d) Melancolía y depresión del paciente.
12. ¿Cómo actuaría usted si su paciente presenta dolor?
 - a) Administrar un medicamento por indicación médica.
 - b) Lo llevaría a que lo atienda el médico.
 - c) Le daría una infusión caliente.
 - d) Le diría que se tranquilice que ya pasara su dolor.

13. ¿De qué manera afecta el dolor a su paciente después de la quimioterapia?
- a) No puede realizar actividades físicas y le da sueño.
 - b) No le produce nada después del tratamiento.
 - c) Le produce miedo y ansiedad a su paciente.
 - d) No se comunica con nadie y solo llora todo el tiempo.
14. ¿Cómo evidencias si tu paciente presenta dolor?
- a) Por su falta de comunicación.
 - b) Por sus expresiones y quejidos.
 - c) Porque insiste en tomar su medicamento.
 - d) Porque está tranquilo.
15. ¿Qué factores influyen en el aumento del dolor en el paciente oncológico?
- a) El facto emocional y económico.
 - b) El factor psicológico y social.
 - c) El factor social y cultural.
 - d) El factor cultural y emocional.
16. ¿Por qué sería importante la ayuda emocional a su paciente ante el dolor?
- a) Para que ya no se queje por el dolor.
 - b) Para que este feliz y sonría.
 - c) Porque aumenta el control de la persona.
 - d) Porque no es importante la ayuda emocional.
17. ¿Cuáles son las técnicas que conoce para relajar a su paciente oncológico?
- a) La rehabilitación física.
 - b) La reflexoterapia.
 - c) La apiterapia.
 - d) Solamente dormir.
18. ¿Cuáles son los métodos que utilizarías para animar a su paciente oncológico?
- a) Musicoterapia.
 - b) Dormir
 - c) La aromaterapia.
 - d) Cantar.
19. Si su paciente presenta dolor; ¿Que vía de administración utilizarías para calmar de inmediato su dolor?
- a) Vía de administración oral
 - b) Vía de administración endovenoso.
 - c) Vía de administración intramuscular.
 - d) Vía de administración subcutánea.
20. ¿Qué efectos secundarios puede presentar su paciente ante los medicamentos para el dolor?
- a) Pérdida del apetito, fatiga y sueño.
 - b) No le produce ninguna reacción.
 - c) Le produce adicción al medicamento.
 - d) Le produce más dolor.

RESPUESTAS VALIDAS

1. c
2. c
3. b
4. a
5. b
6. c
7. b
8. a
9. b
10. a
11. c
12. a
13. a
14. b
15. a
16. c
17. b
18. a
19. b
20. a

ANEXOS 2



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo.....; identificado (a) con DNI.....declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna de los fines que busca la presente investigación titulada Efectividad del programa caminando con el cáncer en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor por cuidadores de pacientes en la unidad de oncología del hospital regional docente las mercedes, 2016.

Que tiene como objetivo principal evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero 2016.

Los datos obtenidos de nuestra participación, serán fielmente copiados por los investigadores, además procesados en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice el cuestionario, así como respetando mis derechos para responder con una negativa

INVESTIGADORES
RESPNSABLES

USUARIO (A) PARTICIPANTE

ANEXO N° 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

PRESENTACIÓN: Somos estudiantes de enfermería de la USS, en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a usted para hacerle llegar la presente validación del instrumento por juicio de experto que se trabajará en el proyecto de tesis sobre la efectividad del programa “caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero del 2016.

Instrumento: Análisis Documental

Problema de investigación:

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer”, en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad de oncología del Hospital Regional Docente las Mercedes de enero febrero 2016?

Objetivo general:

Evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero 2016.

<p>Objetivo específico 1 :</p> <p>Caracterizar a los cuidadores de pacientes con cáncer, de acuerdo a su edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y zona de residencia de los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero 2016.</p>	<p>Objetivo específico 2 :</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor para los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes en enero de 2016.</p>	<p>Objetivo específico 3:</p> <p>Aplicar el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes de enero – febrero de 2016.</p>	<p>Objetivo específico 4:</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor después de haber realizado el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes en febrero de 2016.</p>				
<p>Variables: PROGRAMA EDUCATIVO</p>							
Dimensiones	Indicadores	Enumeración	claridad	Pertinencia	Breve	Correcto	Contextualizado
Objetivos	<p>Explicitan objetivos que deben mostrar el cuidador con respecto al manejo alimenticio y dolor</p>						
Contenidos	<p>Alimentación en paciente oncológico:</p> <p>Tipos de alimentos que debe consumir el paciente oncológico.</p> <p>Temperatura de las comidas</p>						

	<p>Cambios en las papilas gustativas</p> <p>Cantidad de alimentos</p> <p>Frecuencia del consumo de alimentos</p> <p>Alimentos que no debe ingerir</p> <p>Pérdida de apetito</p> <p>Hidratación del paciente</p> <p>Náuseas y vómitos</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Manejo del dolor en paciente oncológico</p> <p>Definición</p> <p>Acciones frente al dolor</p> <p>Afecciones del dolor</p> <p>Evidencia de dolor</p> <p>Posiciones ante el dolor</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

Estrategias de enseñanza	Apoyo emocional ante el dolor Técnicas ante el dolor Métodos ante el dolor Medicamentos Complicaciones de los medicamentos Dinámica – sociodrama – videos. Expositiva. Retroalimentación. Método del problema.						
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones:

.....

.....

.....

Fecha: 12 de octubre del 2016

Nombre y Apellidos del jurado experto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Presentación: Somos estudiantes de enfermería de la USS, en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a usted para hacerle llegar la presente validación del instrumento por juicio de experto que se trabajará en el proyecto de tesis sobre la efectividad del programa “caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero del 2016.

Instrumento: cuestionario

Problema de investigación:

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer”, en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad de oncología del Hospital Regional Docente las Mercedes de enero febrero 2016?

Objetivo general:

Evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero 2016.

<p>Objetivo específico 1:</p> <p>Caracterizar a los cuidadores de pacientes con cáncer, de acuerdo a su edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y zona de residencia de los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero 2016.</p>	<p>Objetivo específico 2:</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor para los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes en enero de 2016.</p>	<p>Objetivo específico 3:</p> <p>Aplicar el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes de enero – febrero de 2016.</p>	<p>Objetivo específico 4:</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor después de haber realizado el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes en febrero de 2016.</p>
<p>Variables: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO ALIMENTICIO</p>			

Dimensiones	Indicadores	Enumeración	claridad	Pertenencia	Breve	Correcto	Contextualizado
Manejo de la alimentación	<p>Lavado de manos</p> <p>Tipos de alimentos que debe consumir el paciente oncológico</p> <p>Temperatura de las comidas</p> <p>Cambios en las papilas gustativas</p> <p>Tipos de alimentos</p> <p>Cantidad y frecuencia</p> <p>Pérdida de apetito</p>	<p>¿Qué debe de hacer usted antes de preparar los alimentos?</p> <p>¿Qué tipo de alimentos debe de consumir su paciente con cáncer sometido a tratamiento de quimioterapia?</p> <p>¿A qué temperatura debe ingerir las comidas después de su tratamiento?</p> <p>¿Qué cambios sufre las papilas gustativas ante el consumo de alimentos después de los tratamientos oncológico?</p> <p>¿Qué tipos de alimentos debe consumir en mayor proporción su paciente?</p> <p>¿Con qué frecuencia y cantidad debe de consumir comidas su paciente?</p> <p>Si su paciente pierde el apetito ¿Qué debería de hacer usted?</p>					

	Hidratación del paciente	¿Qué le debe brindar para mejorar la hidratación de su paciente?					
	Náuseas y vómitos	¿Cómo controlaría las náuseas o vómitos de su paciente después de la quimioterapia?					
	Estreñimiento	¿Cómo resolvería usted un evento de estreñimiento??					

Observaciones:

.....

.....

.....

Fecha: 12 de octubre del 2016

Nombre y Apellidos del jurado experto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Presentación: Somos estudiantes de enfermería de la USS, en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a usted para hacerle llegar la presente validación del instrumento por juicio de experto que se trabajará en el proyecto de tesis sobre la efectividad del programa “caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero del 2016.

Instrumento: cuestionario

Problema de investigación:

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer”, en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad de oncología del Hospital Regional Docente las Mercedes de enero febrero 2016?

Objetivo general:

Evaluar la efectividad del programa educativo “Caminando con el cáncer” en el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor, para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a febrero 2016.

<p>Objetivo específico 1:</p> <p>Caracterizar a los cuidadores de pacientes con cáncer, de acuerdo a su edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y zona de residencia de los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente Las Mercedes en enero 2016.</p>	<p>Objetivo específico 2:</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor para los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes en enero de 2016.</p>	<p>Objetivo específico 3:</p> <p>Aplicar el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente las Mercedes de enero – febrero de 2016.</p>	<p>Objetivo específico 4:</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre el manejo alimenticio y dolor después de haber realizado el programa educativo “Caminando con el cáncer” para cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital Regional Docente Las Mercedes en febrero de 2016.</p>				
<p>Variables: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DEL DOLOR</p>							
Dimensiones	Indicadores	Enumeración	claridad	Pertenencia	Breve	Correcto	Contextualizado
Manejo del dolor	<p>Definición</p> <p>Acciones frente al dolor</p> <p>Afecciones del dolor</p>	<p>¿Por qué se ocasiona el dolor en pacientes oncológicos?</p> <p>¿Cómo actuaría usted si su paciente presenta dolor?</p> <p>¿De qué manera afecta el dolor a su paciente después de la quimioterapia?</p>					

Tratamiento no farmacológico	Evidencia de dolor	¿Cómo evidencias si tu paciente presenta dolor?					
	Posiciones ante el dolor	¿Qué factores influyen en el aumento del dolor en el paciente oncológico?					
	Apoyo emocional ante el dolor	¿Por qué sería importante la ayuda emocional a su paciente ante el dolor?					
	Técnicas ante el dolor	¿Cuáles son las técnicas que conoce para relajar a su paciente oncológico?					
	Métodos ante el dolor	¿Cuáles son los métodos que utilizarías para animar a su paciente oncológico?					

Tratamiento farmacológico	Medicamentos	Si su paciente presenta dolor; ¿Que vía de administración utilizarías para calmar de inmediato su dolor?					
	Complicaciones de los medicamentos	¿Qué efectos secundarios puede presentar su paciente ante los medicamentos para el dolor?					

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Fecha: 12 de octubre del 2015

Nombre y Apellidos del jurado experto

VALIDACIÓN POR JUCIOS DE EXPERTOS

PROGRAMA EDUCATIVO CAMINANDO CON EL CÁNCER EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO ALIMENTICIO Y EL DOLOR, POR CUIDADORES DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, 2016

Presentación: somos estudiantes de enfermería de la USS en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a usted para hacerles llegar la presente validación del instrumento por juicio de expertos que se trabajará en el proyecto de tesis sobre la efectividad del programa educativo caminando con el cáncer en el nivel de conocimiento sobre manejo alimenticio y del dolor por los cuidadores de pacientes atendidos en la unidad oncológica del hospital Regional Docente las Mercedes de enero – febrero 2016

Instrucciones: marque con un visto (✓) o un aspa (X) la respuesta que considere correcta. Cada cuadro contendrá respuestas tales como:

Malo

Regular

Bueno

Fundamentación	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Se entiende</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Es importante</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>Se observa: -----</p>	Se entiende	1	2	3	Es importante	1	2	3
Se entiende	1	2	3						
Es importante	1	2	3						
Objetivos generales y específicos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Se entiende</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Es importante</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>Se observa: -----</p>	Se entiende	1	2	3	Es importante	1	2	3
Se entiende	1	2	3						
Es importante	1	2	3						

Contenidos	<table border="1"> <tr> <td>Se entiende</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Es importante</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Se entiende	1	2	3	Es importante	1	2	3
Se entiende	1	2	3						
Es importante	1	2	3						
Se observa: -----									
Estructura del programa educativo	<table border="1"> <tr> <td>Se entiende</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Es importante</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Se entiende	1	2	3	Es importante	1	2	3
Se entiende	1	2	3						
Es importante	1	2	3						
Se observa: -----									
Metodología	<table border="1"> <tr> <td>Se entiende</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Es importante</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Se entiende	1	2	3	Es importante	1	2	3
Se entiende	1	2	3						
Es importante	1	2	3						
Se observa: -----									
Evaluación	<table border="1"> <tr> <td>Se entiende</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Es importante</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Se entiende	1	2	3	Es importante	1	2	3
Se entiende	1	2	3						
Es importante	1	2	3						
Se observa: -----									
Comentarios generales: ----- ----- -----									

ANEXO N° 4

PROGRAMA EDUCATIVO CAMINANDO CON EL CÁNCER EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MANEJO ALIMENTICIO Y EL DOLOR, POR CUIDADORES DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, 2016

I. FUNDAMENTACIÓN:

El presente programa educativo “Caminando con el cáncer” dirigido a cuidadores de pacientes oncológicos tiene como finalidad que el cuidador pueda adquirir nuevos conocimientos sobre el manejo alimenticio y el dolor; para que así permita al cuidador responder a las exigencias como participante potencial en el cuidado integral del paciente oncológico.

Enfrentarse hoy en día a un diagnóstico de cáncer no es una tarea fácil, no solo por la complejidad de la enfermedad en sí, sino porque es una enfermedad que tiene un gran impacto en la sociedad. El cáncer es una de las enfermedades que en la actualidad existen más de 100 tipos de cáncer, que genera una gran demanda de mortalidad en la población a nivel mundial.

Es por ello que el cuidador potencial se encuentra en la obligación de conocer los diferentes cambios que se producen en el paciente con cáncer, tanto físicos (alimentación, sueño o reposo, dolor, efectos adversos ante el tratamiento de quimioterapia), psicológicos (depresión, miedo, tristeza, aislamiento), espirituales y sociales (familia, amigos, economía, etc.); y como poder actuar ante estas reacciones adversas en los pacientes con cáncer.

Los enfermos experimentan diferentes reacciones emocionales y físicas antes, durante y después de los tratamientos. Al principio, una información general sobre su problema puede ser suficiente para algunos pacientes y sólo más

tarde, durante el tratamiento, piden una información más detallada. Por otra parte, la familia y los cuidadores también sufren emocionalmente ante el diagnóstico de su ser querido y son merecedores de atención. El cáncer es una enfermedad que trasciende más allá de la problemática médica y puede afectar a las relaciones familiares y sociales del enfermo (trabajo, economía, recursos etc.). En definitiva, puede afectar a la totalidad de la persona y a la unidad de convivencia.

De acuerdo con las manifestaciones directas de la unidad oncológica de dicho hospital, acerca de la información que poseen los cuidadores quienes acuden junto con su familiar a recibir tratamiento con quimioterapia ambulatoria. Se ha podido detectar la necesidad educativa relacionada con las prácticas alimentarias en el hogar. Por lo que se hace necesaria la orientación al cuidador lo que ayudara a minimizar la inadecuada alimentación que pueda brindar y presentar el paciente, contribuyendo de esta manera a mejorar su estado nutricional para que así puedan tener una mejor calidad de vida.

Existe un delicado equilibrio entre lo que se ingiere, el efecto del tratamiento quimioterapéutico, que el organismo consume por el ejercicio y las actividades que desempeña una persona a diario. Por lo que la dieta debe ser individualizada para cada paciente de acuerdo a su condición actual, y por ello hay medidas básicas que el paciente debe tener en cuenta para su vida diaria, para así contribuir al mantenimiento de un óptimo balance nutricional.

Así mismo, estudios indican que una significativa proporción de pacientes con enfermedad incurable avanzada experimentan dolor severo, a pesar de la disponibilidad de opciones farmacológica y no farmacológica efectivas para controlar el dolor. De los cuales para ello el cuidador debe conocer; dentro de lo farmacológico (los medicamentos analgésicos de acuerdo a los estadios de cáncer) y no farmacológicos (yoga, reflexoterapia, musicoterapia) para controlar el dolor en su paciente oncológico.

Es por ello que, el presente programa tiene el propósito de brindar al cuidador informal información sobre el manejo de la alimentación y del dolor que requieren cuidado integral y ayudarlo a proporcionar confort al enfermo ante el dolor y el manejo de la alimentación que tiene que brindarse antes, durante y después del tratamiento del paciente con Cáncer. Le da entender que hay mucho que el cuidador puede hacer para que la persona cuidada se sienta mejor, a su vez proporcionar al cuidador conocimientos para ayudarlo asimismo y no caer en el desgaste físico y psicológico, de esta manera manejaría en forma óptima la situación que está viviendo y promover el derecho a una mejor calidad de vida en todo el proceso de enfermedad.

De esta manera entre los beneficios que brindara el programa educativo dirigidos al cuidador de pacientes oncológicos:

En cuanto al paciente con cáncer, ofrecerle una mejor calidad de vida, al mantener su rol social y familiar, así como compartir con sus allegados, lo cual involucra los aspectos físicos, emocionales, psicosociales.

Para el cuidador se le proporcionará las herramientas básicas dentro del contexto teórico y demostraciones; ya que éste al tener los conocimientos necesarios sobre los cuidados ante el manejo de la alimentación y dolor en el paciente con cáncer; esto será evidenciado en la práctica por ende mejorará el estado anímico del paciente y cuidador. Debido a que el cuidador tiene la mayor disponibilidad para realizar los cuidados a libre demanda del paciente.

Por lo cual este programa educativo se desarrollará mediante actividades de enseñanza y aprendizaje que facilitará al cuidador obtener un mejor aprendizaje, la seguridad y apoyo profesional para mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. Por lo que es necesario que los servicios de atención en salud cuenten con un personal altamente capacitado y que pueda afrontar las necesidades de información que puedan presentar los pacientes que acuden a una unidad de tratamiento en compañía de su familiar.

La enfermera desempeña un papel fundamental en la enseñanza de los métodos del tratamiento, y no se trata solo de dar información, sino de apoyar a los pacientes y su familia transmitiéndole el conocimiento que lo capacite para afrontar las dificultades en el auto- cuidado de manera eficaz (33).

Se ha determinado que quien tiene mayor conocimiento de su enfermedad, del plan de tratamiento, la ingesta de los alimentos adecuados para un buen estado nutricional durante el tratamiento y el manejo del dolor; experimentara menos ansiedad y estrés; y sus hábitos estarán en relación directa con que posean la información.

La enfermera debe iniciar su plan evaluando la preparación, motivación, capacidad física e intelectual de cada cuidador y de esta manera preocuparse u ocuparse de las necesidades más sentidas por estos ya sea psico–sociales o de tipo informativo.

En tal sentido se pretende proponer el siguiente programa educativo que satisfaga las necesidades de información y orientación del cuidador, se espera de esta manera que las autoridades competentes estudien los objetivos, contenido del programa y se ponga en práctica; que sirva de apoyo a las otras instituciones similares que den atención ambulatoria.

II. OBJETIVOS GENERALES:

Brindar al cuidador información teórico – práctico para incrementar sus conocimientos y habilidades en relación al cuidado sobre manejo alimenticio y del dolor de sus pacientes con cáncer.

III. CONTENIDOS ESPECIFICOS Y PROGRAMACIONES POR UNIDADES DE APRENDIZAJE:

MANEJO ALIMENTICIO DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA

SESIÓN POR SEMANAS	TIEMPO	OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA / INSTRUMENTOS	RECURSOS
1	60 minutos	<p>Evaluar cuál es el conocimiento que tiene el cuidador a través de la aplicación de un pre test.</p> <p>Involucrar al cuidador en la preparación de alimentos en base a su quimioterapia del paciente.</p>	<p>Apertura – presentación.</p> <p>Toma del pre test</p> <p>Manejo de la alimentación:</p> <p>Lavado de manos, tipos de alimentos antes durante y después de la quimioterapia,</p>	<p>Visualización</p> <p>Cuestionario</p> <p>Sociodrama</p> <p>Exposición</p> <p>Método del</p>	<p>DVD</p> <p>Televisor</p> <p>Ambiente de unidad oncológica</p> <p>Recursos humanos</p> <p>Vestuario y ambientación para la</p>

		<p>Brindar orientación antes, durante y después de una quimioterapia.</p> <p>Lograr que el cuidador reconozca eventos adversos ante una mala alimentación.</p>	<p>cuidados en reacciones adversas y que no debe comer.</p>	<p>problema</p>	<p>dramatización</p> <p>Rotafolio</p>
		<p>Evaluar el interés del cuidador en el aprendizaje para mejorar el cuidado integral al paciente con cáncer.</p>	<p>Recetas dietéticas especiales para cada paciente con cáncer.</p>	<p>Dinámica</p> <p>Demostración</p>	<p>Trípticos</p> <p>Material para la dinámica</p>

MANEJO DEL DOLOR DESPUÉS DE LA QUIMIOTERAPIA

SESIÓN POR SEMANAS	TIEMPO	OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	ESTRATEGIA / INSTRUMENTOS	RECURSOS
2	45 minutos	Educar al cuidador como debe actuar con su paciente ante eventos de dolor.	Manejo del dolor Tratamiento no farmacológico	Visualización Exposición retroalimentación	DVD Televisor Ambiente de unidad oncológica Rotafolio trípticos
3	45 minutos	Identificar el nivel de conocimientos de los cuidadores sobre medicamentos que alivian el dolor. Evaluar los conocimientos adquiridos después del programa educativo.	Tratamiento no farmacológico Clausura del programa educativo Toma del post test	Dinámica Exposición Método del problema Post test	Material para dinámica. Ambiente oncológico Rotafolio tríptico cuestionario

