

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSGRADO



Experiencias del profesional de enfermería al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro en un hospital de Chiclayo-Perú, 2020

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Katia del Pilar Huamán Rojas

ASESOR

Aurora Violeta Zapata Rueda

<https://orcid.org/0000-0003-0642-3277>

Chiclayo, 2022

**Experiencias del profesional de enfermería al brindar
cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro en
un hospital de Chiclayo-Perú, 2020**

PRESENTADA POR

Katia del Pilar Huamán Rojas

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Socorro Martina Guzman Tello
PRESIDENTE

Nelly Guillermina Sirlopu Garces
SECRETARIO

Aurora Violeta Zapata Rueda
VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todos los profesionales de salud involucrados con el cuidado del paciente oncológico al final de su vida.

A las personas con enfermedad oncológica terminal, que nos permiten acercarnos a ellos y nos confían sus sentimientos, pensamientos y cuestionamientos durante esta etapa.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por permitirme seguir en la lucha y continuar con la atención de las personas que necesitan de mis cuidados.

A mis padres: Sergio y Marcela; porque su fortaleza, dedicación y amor, son mi fuerza y motivación para ser una mejor persona y profesional

A mi asesora Aurora, por compartir sus conocimientos, brindarme orientación y apoyo durante todas la etapas de mi investigación

INFORME FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	revistaitsl.itslibertad.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositori.uji.es Fuente de Internet	1%
7	scielo.isciii.es Fuente de Internet	1%
8	tallerdeletras.letras.uc.cl Fuente de Internet	<1%
9	docplayer.es Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción.....	7
Revisión de literatura.....	11
Materiales y métodos.....	14
Resultados y discusión.....	20
Conclusiones.....	38
Recomendaciones.....	40
Referencias	41
Anexos	46

Resumen

Los cuidados paliativos son atenciones que ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente que no tiene posibilidad de recuperar su salud, estos cuidados son realizados por enfermeros en conjunto con otros profesionales de salud encontrándose en constante relación con el paciente y familia. La presente investigación tuvo como objetivo describir y comprender las experiencias del profesional de enfermería al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro. Fue de tipo cualitativa con metodología fenomenológica. Los sujetos de estudio fueron los profesionales de enfermería del servicio de oncología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, cuya muestra fue no probabilística, la técnica de recolección de datos fue la entrevista a profundidad, previa aplicación del consentimiento informado, el instrumento ha sido validado por juicio de expertos, el número de participantes se determinó por la técnica de saturación y redundancia. Después del análisis de discursos se extrajeron las siguientes categorías: Cuidados paliativos: aliviar cuando no se puede curar, Necesidad de actuar oportunamente ante el dolor como síntoma principal, Acompañamiento y apoyo espiritual permanente, Tristeza, impotencia y temor, Enfermero: protagonista del cuidado integral, Percepción del cuidado al final de la vida, Importancia de la preparación del familiar para el cuidado paliativo, Enfermero: protagonista del cuidado, Desafíos y limitaciones para el cuidado al final de la vida, Necesidad de la unidad de cuidados paliativos y un equipo de salud especializado . Se consideraron los criterios de rigor científico para investigación cualitativa según Calderón y bioéticos para investigación según Manuel Gonzales.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, profesional de enfermería, Paciente oncológico, Experiencia

Abstract

Palliative care is care that helps to improve the quality of life of the patient who has no possibility of recovering his health, this care is carried out by nurses in conjunction with other health professionals, being in constant relationship with the patient and family. The objective of this research was to describe and understand the experiences of the nursing professional in providing palliative care to mature adult cancer patients. It was of a qualitative type with phenomenological methodology. The study subjects were the nursing professionals from the oncology service of the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital, whose sample was non-probabilistic, the data collection technique was the in-depth interview, after applying informed consent, the instrument has been validated by trial of experts, the number of participants was determined by the saturation and redundancy technique. After the analysis of speeches, the following categories were extracted: Palliative care: relieve when it cannot be cured, Need to act promptly when faced with pain as the main symptom, Permanent spiritual accompaniment and support, Sadness, impotence and fear, Nurse: protagonist of comprehensive care , Perception of care at the end of life, Importance of preparing the family member for palliative care, Nurse: protagonist of care, Challenges and limitations for care at the end of life, Need for the palliative care unit and a team of specialized health. The criteria of scientific rigor for qualitative research according to Calderón and bioethics for research according to Manuel Gonzales were considered.

Keywords: Palliative Care, nursing professional, Cancer patient, Experience

Introducción

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que invade localmente y a distancia otros tejidos; este último proceso es conocido como metástasis, primera causa de fallecimiento por cáncer, por ello no es extraño relacionar cáncer y metástasis con el final de la vida. A nivel mundial, se calcula que más de 10 millones de pacientes requieren cuidados paliativos cada año, y el 94% de ellos son adultos. Sin embargo, sólo 20 países han integrado en el sistema de salud a los cuidados paliativos. (1)

En el Perú, el cáncer es la segunda causa de muerte para personas adultas, proceso que suele llevarse entre el hogar y un hospital. Considerando que es el profesional de enfermería quien tiene mayor contacto y se encuentra cercano al paciente y familiar en todas las etapas de vida, incluido el proceso de morir, es quien debería liderar la planificación y ejecución de los cuidados paliativos que se precisen para la persona con cáncer en etapa terminal. (2) El término cuidados paliativos fue propuesto por primera vez en 1977 en el Royal Victoria Hospital de Canadá y “La Organización Mundial de la Salud” (OMS) estableció que los cuidados paliativos incluyen la atención integral y activa del cuerpo, el espíritu y la mente, y el apoyo al núcleo familiar; estas actividades deben iniciarse cuando la enfermedad se diagnostica en una etapa tardía. (1)

En el Perú, las normas técnicas de oncología señalan que los cuidados paliativos son “un enfoque para optimizar la calidad de vida de los pacientes y familiares que enfrentan enfermedades mortales; previniendo y minimizando el sufrimiento; a través de una evaluación y detección temprana, tratamiento del dolor y otros aspectos físicos y psicológicos, sociales y espirituales”. (3) Al respecto, el Congreso de la República el día 18 de setiembre del 2018 promulgó la Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas. El plan incluye toda enfermedad crónico-degenerativa que provoca dependencia o ponen en peligro la vida, por lo que también requiere apoyo psicológico y espiritual. (4)

Según Globocan 2018 el Perú tiene una prevalencia de 150 132 casos de cáncer en los últimos 5 años y 66 627 casos nuevos en el mismo año. (5)

En el ámbito hospitalario, los profesionales de la salud y más aún los enfermeros se convierten indiscutiblemente en pieza clave del entorno del paciente al final de su vida, por esta razón son parte del proceso de duelo y como tal su rol debe ser con afecto y respeto de las necesidades integrales de la persona, aceptar el protagonismo del paciente, la oportunidad de escoger entre varias opciones como la elección entre la sedación o la analgesia, permanecer en el hospital o pasar sus últimos días en casa bajo el seguimiento de un profesional capacitado para ello; consiguiendo intervenciones adecuadas de apoyo físico y psicosocial y no solo la administración de medicación y tratamientos invasivos con alto riesgo de infecciones agregadas a su estado delicado. (2) Mediante el registro hospitalario de cáncer de la Red Asistencial de Lambayeque – Essalud, se conoce que los porcentajes más altos de cáncer corresponden a los siguientes: 12 % mama y 11,8 % próstata; el 34 % del total de casos pertenecían a pacientes referidos de establecimientos de salud de otros departamentos. (6) Y según el informe anual de mortalidad hospitalaria a nivel de la Red Asistencial Lambayeque en el año 2013 el 25 % de defunciones fueron por cáncer. (7)

Los casos mencionados en el párrafo anterior son atendidos en su totalidad en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), los pacientes con un diagnóstico tardío los que no responden al tratamiento de quimioterapia, necesitan ser atendidos en una unidad de cuidados paliativos debido a su pronóstico, sin embargo al no contar con esta unidad, son hospitalizados en el área de Oncología de este nosocomio. El servicio de oncología del HNAAA cuenta con 27 camas distribuidas en 15 ambientes, éste servicio recibe a pacientes procedentes de los departamentos de Cajamarca, Piura, San Martín y Lambayeque, quienes acuden a recibir tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, definición de diagnóstico, soporte transfusional y antibioticoterapia. No se cuenta con datos estadísticos sobre los pacientes oncológicos adultos maduros que reciben cuidados paliativos en el servicio antes mencionado, sin embargo los enfermeros que laboran ahí manifiestan que de las 18 camas disponibles para la atención de pacientes oncológicos, 1 ó 2 siempre son ocupadas por pacientes en etapa terminal; lo cual representaría entre 5 a 10 % de las atenciones diarias. El equipo profesional de enfermería está conformado por

10 enfermeros asistenciales y 1 enfermera jefe. Como enfermera asistencial del área de oncología he observado y he brindado cuidados de enfermería a pacientes al final de su vida, como son: cuidados de alimentación, higiene, cuidado de la piel, alivio del dolor, administración de oxígeno, eliminación, así como también apoyo emocional y espiritual, los pacientes manifiestan que desearían estar acompañados por sus familiares con los que han compartido su vivienda antes de hospitalizarse, pero al ser un área restringida sólo pueden estar presentes uno o dos acompañantes.

En la experiencia de la investigadora y en el diálogo con enfermeros que forman parte del servicio hemos compartido situaciones que nos han llevado a la tristeza, impotencia e incertidumbre, dado que al intentar brindar el cuidados paliativos, nos encontramos con limitaciones como el no disponer de infraestructura adecuada, no contar con un equipo interdisciplinario y capacitado para dar continuidad en el cuidado. Aun cuando los cuidados paliativos se llevan a cabo en el marco de un equipo interdisciplinario, enfermería asume el tiempo completo de la atención y el cuidado profesional de los pacientes y sus familiares, en este contexto, la atención de enfermería cobra un especial protagonismo en lo técnico y humano. (2)

Una unidad de cuidados paliativos en el servicio de oncología resulta impostergable, así como también que la institución asuma el reto de preparar a un grupo de profesionales para cuidar con plenitud a los pacientes oncológicos con enfermedad terminal, sin involucrar el cuidado de otras personas. El equipo de salud encargado de la atención a estos pacientes, conocedores de esta realidad y necesidad de brindar atención oportuna y de calidad han propuesto la instalación del Programa de control post hospitalario oncológico, lo que permitiría la atención de pacientes en su domicilio, atención que obedecería también al enfoque de cuidado paliativo, compartida con los familiares. ¿Pero será que se trasladará el cuidado que se suele brindar en el servicio, hacia el hogar? ¿Cuáles son las experiencias de cuidado paliativo de las enfermeras del servicio de oncología a pacientes en etapa terminal? ¿Pueden contribuir estas experiencias a la instalación del programa de control post hospitalario oncológico?

De allí que se haya formulado la siguiente interrogante de investigación: ¿Cómo son las experiencias de los enfermeros que laboran en el servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro?. Para ello fue necesario trazar el siguiente objetivo: Describir y comprender las experiencias del profesional de enfermería al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro en el servicio de Oncología del HNAAA. Conocer cómo son las experiencias del profesional de enfermería mientras brinda cuidados paliativos, no sólo permitirá incluir el espacio físico y social, si no también añadir la historia de las experiencias vividas (sentimientos, actitudes, percepción, limitaciones y sus aspiraciones), reconocer si existe el acompañamiento, defensa de los derechos de la persona, respetando la dignidad del paciente, priorizando el cuidado humanizado y hacer valer la voluntad anticipada, convirtiendo el tiempo que precede a su muerte en una etapa transformadora. Del mismo modo permitirá a la investigadora conocer el requerimiento del profesional de salud: preparación emocional, por lo que supone un impacto constante el acompañamiento al final de la vida y capacitación para ayudar al paciente y familia a enfrentar el sentimiento de dolor y muerte. Así como también reconocer la necesidad de cuidar de estos profesionales tanto física como psicológicamente, asegurando su salud.

Revisión de literatura

Donald Collantes y otros, en el 2019 presentaron una investigación cuyo objetivo fue: comprender las conductas de los profesionales de enfermería durante la etapa terminal de la enfermedad en los pacientes de un hospital de Perú, se obtuvieron cuatro categorías: “Identificación ante la agonía de un paciente”, “Disposición para el cuidado del paciente en etapa terminal”, “Soporte emocional y espiritual al paciente en etapa terminal” y “Apoyo al paciente en etapa terminal y a su familia”. Sus resultados fueron: los sentimientos del enfermero al cuidar al paciente terminal son: el duelo, la impotencia, angustia ante el proceso de declive del paciente, y el dolor de los familiares.

A pesar de ello, el enfermero sigue brindando atención a todos los aspectos del ser humano con el fin de buscar su comodidad y bienestar. (10)

Alvarez V. publica en el 2019 una investigación con enfoque cuantitativo, titulada: “Conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal”, encontrando que el 81% de las enfermeras tienen conocimientos regulares sobre cuidados paliativos, mientras que el 19% tienen conocimientos elevados en esta área. Por tanto, se concluye que existe una relación entre los conocimientos en cuidados paliativos y las actitudes hacia los pacientes con cáncer. (11)

Fhon JRS, y Otros, en el 2018 publica una investigación cualitativa y exploratoria realizada con cinco enfermeras del área de cuidados paliativos en un hospital de la capital, titulada: “Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos” en sus resultados se identifican tres categorías: Cuidados paliativos: percepción en la vida profesional y personal, Cuidados paliativos: modificando pensamientos y conductas en el equipo de enfermería, y Necesidad de capacitación para el cuidado del paciente. Encontrándose evidencia en el valor de la muerte con dignidad y el respeto a las creencias de los pacientes y sus familiares. (12)

Oblitas y su equipo elaboraron en el 2015 un estudio sobre “Las actitudes de las enfermeras en el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal atendido en un hospital de Chiclayo”, utilizaron al estudio de Caso con enfoque cualitativo, hallando tres categorías: “Manifestando sentimientos frente a la proximidad de la muerte de la persona cuidada”, “Disposición para el cuidado del paciente oncológico hasta sus últimos días de vida” y “Reconociendo limitaciones: escasez de personal”. (13)

Baldera, M. en su tesis titulada “Cuidados de enfermería en pacientes que padecen cáncer terminal en hospitales MINSA y EsSalud; desarrollada en Chiclayo durante el 2015. Encontraron que los dos hospitales tenían similitudes: atención con énfasis en lo biológico; atención espiritual basada en la confianza, respetando la cultura y atención espiritual a través de representaciones, en última instancia, la satisfacción del paciente con la atención. (14)

Se ha creído conveniente basar esta investigación en la teoría humanística de enfermería de Jean Watson y el modelo de adaptación de Callista Roy, por la estrecha relación que mantienen con los cuidados paliativos.

Jean Watson estudió enfermería con métodos filosóficos (existencial-fenomenológico) y fundamento espiritual, y la consideró como los ideales morales y éticos de la enfermería, es decir, la enfermería humana es la relación terapéutica básica entre los seres humanos, es relacional, transpersonal e intersubjetivo. La teoría de la enfermería humanista enfatiza la conexión entre el personal de enfermería y la persona que recibe el cuidado. Sus puntos de vista filosóficos son adaptables y por ende, aplicables a la práctica de la enfermería en estos cuidados, y los conceptos básicos de la teoría pueden proporcionar una relación general para las diferentes etapas del proceso de enfermería en cuidados paliativos. (15)

Por tanto, es cierto que el vínculo de confianza y apoyo entre enfermeras y personas en la etapa final de su vida es fundamental para incrementar la comodidad de las personas, incentivar la toma de decisiones y promover el mantenimiento de la dignidad y la calidad de vida. Figueiredo cree que los principios básicos de la “Teoría de la Enfermería Humanista” se aplican a todos los profesionales que se preocupan por las personas al final de sus vidas porque pueden brindarles a las enfermeras una visión de empatía y capacidad de respuesta hacia las personas que se encuentran cercanas a su muerte (16).

Otro modelo utilizado en cuidados paliativos es el modelo de adaptación de Callista Roy. Este modelo señala que el proceso de afrontamiento involucrado en el proceso de adaptación y desarrollo de las personas incluye un uso extensivo de energía. Roy considera a las personas de una manera holística e insiste en que interactúan constantemente con el medio ambiente. Existe evidencia de que la aplicación del modelo de Roy se ha utilizado con efectividad y éxito para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. (17)

La investigadora considera que este modelo puede aplicarse para ayudar al paciente a reconciliarse con la muerte y por el contrario dejar de luchar con ella, aceptando el morir como un proceso altamente humanizante en el cual la inteligencia y la razón son insuficientes para comprender este misterio. Transformando durante este tiempo al enfermero en un instrumento para ayudar al paciente a morir en paz.

En cuanto a los aspectos generales sobre cuidado paliativo; La OMS los define como: “Una perspectiva que mejora la calidad de vida de los pacientes y también la de su familia que viene enfrentando los problemas relacionados con la enfermedad; todo ellos mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la evaluación exhaustiva; el aplacar el dolor, así como otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. (18) Sus principios son: prestar atención, lograr y mantener el control del dolor y manejo de los síntomas, aceptar la vida y comprender que la muerte es parte de ella, sin adelantar ni retrasar el fallecimiento, y comprender los aspectos espirituales y psicológicos de la atención al usuario. Brindar un sistema de apoyo activo hasta el final de su vida, ayudar a las familias para enfrentar la enfermedad y el duelo, y mejorar la calidad de vida. (19)

La literatura define al paciente terminal como aquella persona que se encuentra en la fase final de su vida debido a alguna enfermedad crónica. Esta etapa se inicia cuando es preciso abandonar los tratamientos curativos y se sustituyen por aquellos tratamientos cuyo objetivo es el control de síntomas, tanto físicos como psíquicos. Normalmente, asumiendo que la esperanza de vida de un paciente es de seis meses o menos (asumiendo que la enfermedad puede progresar normalmente), el paciente se considera enfermo terminal. (20)

El papel de enfermería en cuidados paliativos es crucial para: ofrecer unos cuidados de enfermería adecuados, la evaluación de enfermería de pacientes terminales se centra en el aspecto humano, se establece una relación profunda entre los profesionales de salud y los pacientes. Busca empoderar a los pacientes para que mantengan su independencia en el hacer. La enfermera orienta a los pacientes para

que mantengan su integridad, encuentren sentido para el resto de sus vidas y se preparen para la muerte.

Otro aspecto importante que se estudiará son las experiencias del profesional de enfermería; para Dewey, la experiencia constituye toda la relación entre el individuo y su entorno. Es una unidad de análisis, que considera la interacción entre las personas y el entorno, se determinan mutuamente. Otra característica importante del concepto de experiencia de Dewey es que es transformador, no solo entre el individuo y el entorno, sino también en el sentido del tiempo. Siempre que la experiencia pasada cambie la experiencia posterior a través de la conexión entre el pasado y el futuro, es transformadora. "Esto significa que cada experiencia puede absorber lo que sucedió antes y cambiar la calidad de lo que sucederá después". (21)

Materiales y métodos

Tipo de investigación: Teniendo en consideración que el objetivo de este estudio fue ahondar en las experiencias de los profesionales de enfermería se estimó pertinente utilizar un diseño de investigación de tipo cualitativo, pues este tipo de investigación ayuda a comprender los fenómenos desde el punto de vista de los enfermeros, implicando una orientación interpretativa, naturalista hacia su objeto de estudio. (22)

Abordaje metodológico: El abordaje de esta investigación fue la fenomenología, debido a que se necesitó estudiar las experiencias de los profesionales de enfermería en primera persona. Este diseño estuvo dirigido a examinar la experiencia vivida al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto en etapa terminal desde el propio protagonista. Se basó en la filosofía propuesta por Edmund Husserl, dado que la fenomenología es la esencia de la profesión de enfermería, tiende a tomarse como un método para acercarnos a nuestra disciplina, porque incluye el estudio científico-humano de los fenómenos. (23)

Trayectoria:

Descripción Fenomenológica: Este momento se inició al identificar al enfermero que brinda cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro en etapa terminal y

promoviendo una relación de comunicación para formular la pregunta orientadora: ¿Qué experiencias ha tenido al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro en etapa terminal?; se permitió que exprese libremente su experiencia para posteriormente transcribir estas expresiones.

Reducción fenomenológica: En esta etapa se determinó y seleccionó los párrafos esenciales de los discursos de los participantes para encontrar las experiencias que el profesional de enfermería vive, esto a través de un proceso de reflexión y variación imaginativa, se mantuvo siempre la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar ni suprimir el sentido de sus expresiones.

Análisis e Interpretación: Permitted alcanzar un concepto estable de cada una de las expresiones de los sujetos y de mostrar las realidades variadas, presentes en las descripciones naturales y espontáneas de las experiencias de los enfermeros. Cuando la descripción confluye, es decir empieza a repetirse dentro del discurso que se ha interrogado, se concluye que el fenómeno se está mostrando.

Sujetos de investigación

Población: Formaron parte de los sujetos de la investigación 09 enfermeros (08 enfermeras y 01 enfermero) que se encontraban laborando en el servicio de Oncología del HAAA

Muestra: se consideró una muestra no probabilística con los siguientes criterios de inclusión.

- Enfermeras y enfermeros con más de 1 año de trabajo asistencial en el servicio de oncología y que se encontraban laborando

- Enfermeras y enfermeros que aceptaron participar libremente en la investigación

Finalmente se entrevistaron A 9 enfermeros, dado que era una muestra pequeña, la investigadora a pesar de haber logrado tempranamente la saturación y redundancia prefirió realizar la entrevista a todos los enfermeros del servicio de Oncología.

Muestreo: El muestreo fue por conveniencia; se acudió al lugar donde se predijo obtener información sobre el fenómeno de estudio. Para la elección de los informantes se consideró las preguntas, descritas por Valle (24) y Mayan (25)

Escenario: El escenario de la investigación fue el servicio de Oncología y Especialidades médicas del HNAAA cuyo funcionamiento inició en el año 1990; dicho servicio se encuentra ubicado en el quinto piso del mencionado hospital, cuenta con 12 ambientes bipersonales y 3 unipersonales, con 27 camas distribuidas para 3 servicios, los cuales son: Oncología con 15 camas, 9 de Hematología y 3 para Endocrinología; además este servicio cuenta con 02 tópicos de enfermería, 03 oficinas administrativas, 01 almacén de insumos, 01 almacén de ropa de cama, 01 ambiente de limpieza y sala de reuniones.

Técnicas e Instrumentos de recojo de información: La técnica que se utilizó fue la entrevista a **profundidad**, permitió que el entrevistado transmita a través de la conversación sus experiencias, creando una relación intensa entre investigador y enfermero entrevistado. Se optó por una entrevista **semiestructurada** porque se pretendió comprender más que explicar, a través de preguntas sin esquema fijo de categorías de respuesta; se permitió alterar el orden y forma de las preguntas, añadiendo nuevas cuando era preciso; así como también interrupciones estableciendo una relación equilibrada entre familiaridad y profesionalidad y adoptando el estilo del «oyente interesado». (26)

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada entre 20 a 30 minutos, el instrumento de recolección de datos se organizó a través de una pregunta norteadora y 3 auxiliares; fue validado por 02 expertos en investigación cualitativa y por 02 especialistas en el tema con más de 10 años de experiencia de nacionalidad peruana y Chilena. La prueba piloto se realizó con la participación de 3 enfermeros que brindaban cuidados paliativos al paciente oncológico adulto, en una institución diferente a la del estudio.

Procedimiento: Se realizó la inscripción del proyecto de investigación en la sección de investigación de posgrado de la universidad, además se solicitó la aprobación del comité de ética del HAAA, para iniciar con la ejecución de las entrevistas, luego se solicitó el permiso a los jefes del servicio de Oncología, posteriormente se coordinó con los profesionales de enfermería que cumplían con los criterios de inclusión, con la finalidad

de programar la fecha y hora de la entrevista, previa firma del consentimiento informado, se propuso a los participantes realizar la entrevista a través de la plataforma zoom, la cual fue aceptada en un 100 %. El método de registro que se utilizó fue el grabador de la plataforma. La transcripción se realizó después de concluidas las entrevistas.

Análisis de datos: El proceso de análisis consistió en ordenar, estructurar, comparar y dar significado a la información obtenida, transformando los datos en información manejable que permitieron comprender el fenómeno estudiado (experiencias de los enfermeros). (26) Los datos obtenidos a través de la entrevista se describieron hasta la interpretación de los mismos. Para crear categorías temáticas a través de ellos, segmentar el corpus textual por categorías y posteriormente agruparlas en un marco explicativo, más o menos generador de conceptos o teorías en función del grado de interpretación de la investigación.

El Análisis fue de tipo Individual y para ello se usó el **análisis ideográfico** que consiste en la interpretación de las ideas ingenuas de los enfermeros expresadas en los discursos.

Y el Análisis **nomotético** buscó la estructuración final de la verdadera esencia del fenómeno obtenido como resultado de la traducción de los símbolos sobre el fenómeno investigado.

Criterios éticos

Se han considerado los criterios éticos propuestos por Manuel Gonzales (27) mencionados en un artículo titulado "Aspectos éticos de la investigación cualitativa", dado que el tipo de investigación que se ha desarrollado tiene desafíos adicionales a las demás. El autor delineó una propuesta para evaluar la ética de los proyectos de investigación clínica, dicho modelo contiene los siguientes aspectos:

Valor social o científico. El estudio realizado tuvo importancia social, científica y clínica; pues develó una realidad que podría estar afectando las condiciones del cuidado del paciente oncológico, así mismo se pretendió producir conocimiento a través de las experiencias del profesional de enfermería para crear oportunidades de solución a problemas, de forma progresiva. El valor social y científico de reconocer como

necesarios los cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal debe convertirse en un requisito ético para el personal de salud que brinda cuidados a estas personas. Se consideró la “Guía para la elaboración de formato básico para protocolos de investigación observacionales o de riesgo mínimo”, requisito solicitado por la institución donde se realizó la investigación para la aprobación del comité de ética.

Validez científica. Se usó muestras justificadas, métodos de poder como la fenomenología, la información crítica, el método que se empleó para la investigación fue coherente con el problema, con la selección de los sujetos, y el instrumento que se utilizó para obtener la información; el marco teórico fue elaborado con información obtenida de bases de datos confiables, finalmente los resultados fueron presentados con un lenguaje cuidadoso.

Selección equitativa de los sujetos. Los enfermeros y enfermeras escogidos para el estudio estuvieron relacionados con el tema y la pregunta de investigación.

Proporción favorable del riesgo-beneficio. El dar la oportunidad a los enfermeros de dar a conocer sus experiencias, se ha convertido en un beneficio pues ha sido un medio a través del cual ellos han podido descargar durante la entrevista, sentimientos y emociones que se acumulan durante su experiencia al brindar cuidados paliativos. **Condiciones de diálogo auténtico.** Se consideró a los sujetos de investigación como enfermeros con autonomía para comunicar sus experiencias, no se forzó a tomar una posición durante la entrevista, asegurándose su derecho a la libre expresión. La investigadora al ser parte del equipo de oncología y al existir una relación previa con ellos, ha permitido un diálogo auténtico con los entrevistados.

Evaluación independiente. Para asegurar el cumplimiento de este criterio, existieron de por medio asesores y jurados quienes actuaron como evaluadores de esa realidad, cumplieron la función de árbitros de posibles sesgos.

Consentimiento informado. Se solicitó la firma de consentimiento a los participantes previamente a la entrevista. Este documento incluía la provisión de información sobre los objetivos e importancia de la investigación.

Respeto a los sujetos inscritos. Una vez que los sujetos de estudio aceptaron participar, existía la opción de permitirles cambiar de opinión, decidir que la investigación no está de acuerdo con sus intereses y poder retirarse; la reserva de la información se manejó con estricta confidencialidad, para ello se les asignó un seudónimo.

Criterios de rigor científicos (28)

Credibilidad o valor de la verdad. Proporcionó evidencias del fenómeno estudiado, es decir las experiencias de los enfermeros tal y como son percibidos por ellos. Se realizó la grabación de los relatos de los enfermeros, expresados durante la entrevista, para así garantizar este criterio.

Consistencia o dependencia. El proceso de recolección, análisis e interpretación de los datos fueron descritos a detalle. Para garantizar la coherencia, se ha seguido una lógica, que es posible verificar a través del planteamiento del planteamiento del problema de investigación, los objetivos y resultados.

Confirmabilidad o reflexividad. Para lograr la objetividad se dispuso que el instrumento de recolección de datos, refleje los objetivos del estudio, se realizó transcripciones textuales de las entrevistas, y contrastó los resultados con la literatura consultada, respetando la citación de las fuentes.

Relevancia. Se consiguió al contrastar los resultados de la investigación con la justificación de la misma, la investigadora se considera relevante porque reconocer la relación entre el profesional de enfermería y el paciente.

Adecuación o concordancia. Este criterio estuvo presente al recoger, analizar y presentar la información obtenida, de tal modo que exista concordancia entre la teoría y los aspectos metodológicos.

Resultados y discusión

Las categorías emergieron después de relacionar las diferentes unidades de significado extraídas de los discursos obtenidos, a través de las convergencias, y las divergencias, llegando así a determinar categorías presentadas en el cuadro nomotético. Estas categorías son las siguientes: Cuidados paliativos: aliviar cuando no se puede curar, Necesidad de actuar oportunamente ante el dolor como síntoma principal, Acompañamiento y apoyo espiritual permanente, Tristeza, impotencia y temor, Bloqueo de emociones, Importancia de la preparación del familiar para el cuidado paliativo, Enfermero: protagonista del cuidado, Desafíos y limitaciones para el cuidado al final de la vida, Necesidad de una unidad de cuidados paliativos y un equipo de salud especializado.

Las primeras unidades de significado del cuadro nomotético muestra la categoría:

“Cuidados paliativos: aliviar cuando no se puede curar” agrupa a las unidades de significados convergentes del 10,11,12,13,14,15,16,17 de los discursos I,II, IV,V,VI,VII, VIII y IX.

Los enfermeros narraron la importancia de los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedad oncológica terminal, lo definen como el cuidado humanizado, holístico y que debe ser realizado por un equipo multidisciplinario con la finalidad de mejorar la calidad de vida de esos pacientes, como se muestra a continuación:

“Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o para cubrir sus necesidades, sabemos que no lo va a curar pero lo va a aliviar” (fluoracilo)

La OMS ha definido los cuidados paliativos como: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que enfrenta a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales . (18) El término paliativo viene del latín pallium y significa poner bajo palio, proteger, aliviar o atenuar, son los cuidados paliativos los que han devuelto ese aspecto humano a la persona que se enfrenta a la muerte mediante una actitud

contemplativa, de soporte y confort. (29) Los enfermeros entrevistados intentan brindar cuidados paliativos a los pacientes que lo requieren, son conscientes que están haciendo algo más allá de sus posibilidades como especialistas en oncología, su actuar puede estar siendo guiado al ver el sufrimiento del paciente, conocen su obligación de proteger la dignidad de la persona, sin embargo al no estar dadas las condiciones físicas y organizativas para brindar cuidados paliativos, pueden surgir limitaciones.

“Para mí cuidados paliativos es una atención integral para el paciente, para cubrir sus necesidades físicas y psicológicas” (ciclofosfamida)

Los enfermeros del servicio de oncología del HNAAA, en su mayoría llevan trabajando en el área más de 4 años, algunos de ellos cuentan con estudios de especialización en oncología, muy pocos han llevado cursos sobre cuidados paliativos y ninguno ha recibido capacitación en ello. Francisco Galindo, aduce que para poder dar soporte a una persona en situación terminal que precise de cuidados paliativos se requiere aprendizaje. Debe aprenderse la verdadera compasión, ayudar, escuchar activamente y actuar si es posible antes de la llegada de los síntomas intensos, de forma proactiva. (30)

Reconocer que los cuidados paliativos procuran alivio y no curación significa también por parte del profesional de enfermería reconocer sus limitaciones, y las necesidades más allá de la vida. Como profesionales podría ser sencillo reconocer signos y síntomas y abocar nuestros esfuerzos para cuidar, calmar, acompañar, con la esperanza de recuperar a una persona, pero ¿qué puede significar para el profesional aliviar y acompañar, para ayudar a caminar hacia el final de la vida?.

Tal como lo menciona Jimenez brindar cuidado paliativo resulta una actividad desgastante, para lo que se necesita estar preparado, capacitado y contar con profesionales que puedan cooperar. (1) Es por ello que el paciente oncológico terminal requiere de un equipo de profesionales que dirijan sus actividades al cuidado, no solo manejando el dolor físico u otros síntomas desagradables sino que también cuiden otras dimensiones y hacer frente a otras necesidades, esta debería ser una tarea irrenunciable, producto del reconocimiento de la dignidad del ser humano. Resulta primordial desarrollar habilidades de comunicación para transmitir la información de manera

asertiva, gestión del tiempo y se muestre compasivo durante el acompañamiento con el paciente y familia, desarrollando un modelo asistencial que se centre en la persona, más no en la enfermedad. El profesional de enfermería es consciente que acompañar al paciente y familia se torna difícil cuando no se dispone de capacidades y herramientas; de allí que de no ser posible contar con un equipo, se debe fortalecer sus capacidades.

La categoría: **“Necesidad de actuar oportunamente ante el dolor como síntoma principal”** agrupa a las unidades de significados convergentes 1,2,3,4,5,6,7,8 y 9 de los discursos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX

El cáncer es la principal causa de dolor agudo y crónico en los pacientes: el 65 – 85 % de los pacientes tienen dolor en las etapas avanzadas de esta enfermedad. (31) El dolorse puede definir como una “sensación física y emocional desagradable asociada a una lesión tisular potencial o real. (32)

Durante las entrevistas, los enfermeros reconocen la importancia del alivio del dolor con la finalidad de mejorar la calidad de vida, tal como se expresa en el siguiente discurso:

“Al paciente en etapa terminal tienes que calmar el dolor que es lo principal y darles tranquilidad” (Ciclofosfamida)

Waldow menciona que: El cuidado, como esencia del ser y en el área de salud, la esencia de Enfermería, tiene relevancia fundamental como una acción que hace la diferencia al lidiar con el dolor. El dolor es un evento, como queda referido, muy particular y, también solitario. Aun habiendo solidaridad, el dolor es solo suyo. (33)

Tal es así como lo expresa una participante durante la entrevista:

“El síntoma más común que padecen estos pacientes es el dolor, la intensidad y forma es diferente” (Daunorrubicina)

En su cotidiano quehacer los enfermeros realizan una atención integral de los pacientes a quienes brindan cuidados, valorando ciertos signos y síntomas, como pueden ser la deshidratación, náuseas, estreñimiento, palidez, entre otros, sin embargo al evaluar el dolor, han podido evidenciar que sus manifestaciones, intensidad y tiempo son diferentes, cada uno con una particularidad; convirtiéndose en una prioridad para aplicar su proceso de cuidado.

Es por ello que la evaluación y el control del dolor requieren de habilidad y sensibilidad por parte de los cuidadores, la percepción del dolor y su intensidad es muy particular, demandan de mucho discernimiento, paciencia y compasión. (34)

Otro aspecto que se pudo extraer de los discursos es referente a la terapéutica para aliviar el dolor:

Los cuidados que damos son para control el dolor, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, y morfina como última opción (Fluoracilo)

En todos los discursos se manifiesta que el dolor en el paciente oncológico terminal es manejado al inicio con AINES, y cuando estos no son efectivos se continúa a los siguientes niveles, finalmente en la mayoría de los casos se administra opiáceos como la codeína o morfina. Las vías de administración que se utilizan para estos fármacos pueden ser oral, endovenosa (infusiones) y subcutánea (bombas elastoméricas).

Según la escalera analgésica de la OMS, el tratamiento del dolor se basa en la combinación y uso secuencial de diferentes fármacos agrupados en 3 categorías: los adyuvantes, para el paciente que tiene poco o moderado dolor; los aines cuando el dolor persiste usando analgésicos, y los analgésicos opioides cuando el dolor es severo. (35) Los enfermeros entrevistados mencionaron que el manejo de dolor viene siendo realizado por el personal del servicio de terapia del dolor, quienes conjuntamente con los médicos oncólogos deciden sobre el tratamiento y lo evalúan diariamente, sin embargo cuando el paciente inicia con este tratamiento resultaría necesaria una evaluación y modificación antes de las 24 horas, ya que en algunas oportunidades el dolor es difícil de controlar, a pesar de utilizar los fármacos del último escalón de la escalera de analgésicos:

El tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo, después con el anestesiólogo. En la mayoría de casos, el dolor es intenso y se necesita un tratamiento más fuerte. (Fluoracilo)

Hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor (Vincristina)

Contrariamente a los resultados que presenta Kramer Verónica en su investigación “Uso de Opioides en Pacientes Paliativos Oncológicos al Momento de Fallecer” menciona que no fue necesario utilizar dosis altas ni incrementar en forma significativa la dosis para lograr un adecuado control del dolor al final de la vida. (36) La diferencia que encontramos con los resultados podría ser el enfoque biosicosocial de cuidado paliativo que ellos han adoptado al atender a un paciente terminal. Es decir cuidando de los pacientes a partir de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

El dolor es inevitable y se debería controlar oportunamente, sin embargo una de las formas que tenemos las personas de gritar nuestras necesidades es a través del dolor que no se calma con tratamiento farmacológico, sino a través del acompañamiento y apoyo espiritual, donde podamos cubrir otras necesidades, como la necesidad de ser reconocido como persona, de volver a leer su vida, de reconciliarse y sentirse perdonado, de expresar sus sentimientos y emociones, de amar y ser amado. No es extraño que el profesional de enfermería experimente un sufrimiento doble, sufre al buscar las herramientas para realizar su quehacer siguiendo las indicaciones médicas, preparándose para actuar, tratando de tener una cercanía con la persona que se está despidiendo, y sufre al ver a la persona sufrir, intentado quitarle este sufrimiento, de allí que quizás nuestro mayor esfuerzo sea aliviar el dolor.

Cicely Saunders (19) refiere que el dolor no solamente tiene que ver con el aspecto físico sino con todas las dimensiones del ser humano, con todo lo que se está viviendo. Es por ello que resulta fundamental que el personal de salud desarrolle su espiritualidad, es su misión cultivarla, dado que si no se transita la propia espiritualidad será difícil realizar el acompañamiento.

Acompañamiento y apoyo espiritual permanente, agrupa a las unidades designado convergentes 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56 y 57 de los discursos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX

La dimensión espiritual posee un carácter universal; son necesidades de las personas, a la búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del

sentido de la vida y de la muerte, de donde se deduce su importancia como trabajo integrado de los cuidados paliativos. (37) El sufrimiento y la hospitalización, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; generando sentimientos de miedo y desconfianza. (38) Los enfermeros entrevistados consideran que el sufrimiento al final de la vida, puede disminuir cuando se aplica el lenguaje no verbal para cuidar, mirar, acompañar, gestos que evidencian respeto y compasión, no solo brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social, sino también espiritual, brindando así un cuidado digno, respetando sus creencias y deseos.

A la familia les aconsejo rezar y dar tranquilidad al paciente, y pueda partir tranquilo. Muchas veces los familiares lloran, pienso que el paciente puede sentir desesperación porque lo último que pierden es el oído. Lo que hago es hablar con la familia, darles bastante apoyo para vivir ese proceso. (Ciclofosfamida)

La sobre carga laboral, la falta de tiempo, el estrés laboral, la inadecuada formación en técnicas de comunicación, la susceptibilidad de cada individuo ante la representación de la muerte y la inseguridad (aspectos que han sido mencionados por los enfermeros entrevistados), llegan a afectar al paciente y sus familiares. Los entrevistados han mencionado anteriormente la falta de tiempo como dificultad para poder realizar todos los cuidados necesarios del paciente en etapa terminal, relegando el cuidado espiritual, sobre todo porque el contacto físico con ellos se ha visto debilitado durante la pandemia por covid, y lo expresan a continuación:

Hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar, anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos. Nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlo y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos, así la familia se prepara para el duelo. (Vincristina)

En este contexto del cuidado al sufrimiento espiritual del que muere, ROSSEAU (2000) propone, como orientación práctica, algunos pasos a seguir, como: el control de los síntomas físicos y la presencia para el apoyo; fomentar una revisión de vida, para así reconocer el propósito, el valor y el sentido de la vida; trabajar con la culpa, el

remordimiento, el perdón y la reconciliación; facilitar la expresión religiosa; reformular metas; fomentar prácticas de meditación, con enfoque más en ayudar que en curar.

Incluir la espiritualidad y la religión genera una tranquilidad propia en la práctica clínica para brindar autonomía en el cuidado; los pacientes prefieren un acompañamiento religioso de acuerdo a sus creencias. Las personas con una enfermedad avanzada generalmente tienen muchas preguntas relacionadas con el sentido de su vida, con los valores, la plenitud que han alcanzado o no, y si aparece como una necesidad es importante que el equipo de salud ayude a realizar lo que desea, terminando su vida sabiendo que deja algo positivo. Una de las herramientas para cuidar esta dimensión son ellos mismos, los profesionales que estén destinados a cuidar de estos pacientes, de su compasión, de la forma en cómo se relacionan con ellos mismos y con los demás, un profesional empático y compasivo será fundamental para que los pacientes con sufrimiento espiritual logren trascender desde su realidad actual y promover la sanación a través de la aceptación. Resulta importante que el profesional de salud cuide y cultive su propia espiritualidad, dado que están en contacto con el sufrimiento, de lo contrario será una tarea complicada descubrir cuál es el apoyo que el paciente y familia necesitan.

Tristeza, impotencia y temor, agrupa a las unidades de significados convergentes 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 y 39 de los discursos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX

Los sentimientos que se generan en el profesional de enfermería frente a un enfermo terminal son en su gran mayoría sentimientos de tristeza, impotencia y temor. En esta misma línea refieren también satisfacción por la ayuda y cuidados brindados.

He experimentado sentimientos de tristeza y de satisfacción, tristeza porque es difícil saber que el paciente va a fallecer. (Daunorrubicina)

La participante refiere que ha experimentado sentimientos negativos como la tristeza y positivos como la satisfacción que puede llegar a aparecer durante el cuidado de estas personas. Esta satisfacción está relacionada con la oportunidad de ayudar y con la sensación de hacer el bien a otras personas. Así mismo, existen ciertos factores que generan variaciones en el impacto psicosocial que produce la muerte como: quién

muere, la edad del paciente, las experiencias personales previas, la cantidad de pacientes atendidos que hayan fallecido y la aceptación o rechazo de la muerte por parte del paciente o la familia. (40) La tristeza se define como una emoción frecuente, motivada por las contrariedades de la vida que quitan la alegría por un período de tiempo, más o menos prolongado, como la enfermedad o muerte de un ser querido, la enfermedad propia, entre otros. (41) La edad y el tiempo de contacto con el enfermo, son variables que modulan estos sentimientos, confiesan que en mayor medida cuando el paciente es joven los invaden sentimientos dolorosos como la sensación de impotencia, y/o aumento de la ansiedad e incertidumbre. Uno de los entrevistados lo expresa de esta manera:

Es más triste cuando son pacientes jóvenes que tienen hijos pequeños, es inevitable sentir tristeza en la etapa final de su vida. (Daunorrubicina)

Este sentimiento nace cuando los enfermeros toman la muerte del paciente como un asunto personal, o cuando el paciente muere a pesar de los pronósticos:

La principal emoción que siento es la tristeza, nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos y conocer de su vida y su familia hace que nos involucremos con ellos. Personalmente afrontar la muerte de este tipo de pacientes me causa mucha tristeza. (Fludaravina)

Los entrevistados también refirieron haber sentido impotencia, y se entiende como tal, al profundo e inconsolable dolor emocional que resulta de no poder remediar una situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo una idea. (42) Así notamos este sentimiento en los discursos que se presentan a continuación:

He tenido sentimientos de frustración e impotencia porque no hice ésto o aquello, son temas muy personales que he dejado de lado por temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales. (Daunorrubicina)

Estos resultados son similares a los planteados por Oblitas CP, et al. En donde los enfermeros revelaron sentimiento de: tristeza, impotencia y frustración ante el proceso degenerativo del paciente y el dolor del familiar (13). Esto podría ocurrir debido a que los enfermeros no saben afrontar estas situaciones, lo cual tendría sentido ya que no

están capacitados para cuidar de un paciente terminal. Ante esta gran cantidad de sentimientos y emociones que surgen durante el cuidado de personas que se encuentran en el final de la vida, los profesionales de enfermería elaboran una serie de estrategias de afrontamiento. El objetivo de estas es, en muchos casos, evitar el acercamiento al paciente y a su familia durante su cuidado. Para otros, la finalidad de estos mecanismos es brindar un cuidado de mayor calidad, ofreciendo cercanía, pero sin que las emociones del personal enfermero interfieran de manera negativa su labor. Estos mecanismos de afrontamiento dependen de la gestión emocional con la que cuente cada enfermero. Se ha percibido que, a mayor inteligencia emocional, el trabajo emocional del enfermero será más auténtico. (43)

Bajo este criterio sería importante la creación de un espacio de ayuda y reflexión, fomentar reuniones de este tipo donde participen la mayoría de estos profesionales para compartir no sólo sobre las actividades, limitaciones, propuestas, etc. si no también ruedas de conversación donde puedan intercambiar experiencias al brindar cuidados al paciente terminal y sobre todo, asesoramiento personal. Los enfermeros han manifestado tristeza ante la muerte de los pacientes que han cuidado durante varios días, de quienes han conocido su historia personal y a los que han acompañado a lado de sus familiares hasta el último momento de vida; además han llegado a sentir impotencia al considerar que los cuidados realizados no fueron suficientes debido a que no contaron con habilidades, recursos y un equipo multidisciplinario para cuidar de un paciente terminal ;por último mencionaron haber experimentado temor en situaciones en las que necesitaron comunicarse con el paciente para abordar el tema de su patología y pronóstico, en algunas oportunidades decidieron evitar o escapar hablar sobre estos temas dificultando el cuidado cercano al paciente durante la etapa final de la vida.

Bloqueo de emociones, agrupa a las unidades de significados convergentes 27,28,29 y 30 de los discursos I,II,IV,VI

Esta categoría hace referencia a la implicación emocional del enfermero durante el cuidado de pacientes terminales, son ellos los que con mayor frecuencia pueden

experimentar sentimientos o emociones relacionadas con la realidad que envuelve al paciente terminal.

Algunos autores exponen que existen enfermeros que desean brindar cuidados sin implicarse emocionalmente, ya que les surge el miedo de que al establecer una relación puedan llegar a sufrir con el paciente y deben combatir contra una gran carga de emociones, esto viene asociado a una formación escasa e inadecuada (44). Esta actitud de evitar implicarse con el paciente y familia se pone en manifiesto en los siguientes discursos:

Con el transcurso de los años pareciera que te vuelves “dura”, ya no sientes lo mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte. (Daunorrubicina)

También, las enfermeras tienen algunas estrategias para no mostrar sus sentimientos, tales como: aplazar la exteriorización de los sentimientos. En esta lucha las enfermeras pueden llegar a sentirse perdedoras, puesto que si muestran sus emociones y se ubican en el ámbito humano se sienten malas profesionales, pero si no lo hacen se sienten malas personas; como indica esta participante:

Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente, ver cómo se sentía la familia, mis ojos se empañaron, me retiré del lugar y lloré (Daunorrubicina)

Se ha observado que, a mayor comprensión y regulación de las emociones, menor es el miedo a la muerte y al proceso de morir. Son aquellos profesionales que conocen los sentimientos y emociones que experimentan, además de poseer habilidades para controlarlos, los que presentan un mejor ajuste psicológico. Esto se traduce en una disminución del miedo y una mayor eficacia durante el cuidado. (43)

Estar en el mundo de la racionalidad les permite tener la cabeza fría para tomar decisiones en favor del paciente, de esta manera intentan mostrarse fuertes y confiables, así lo expresa la participante

Ahora me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis cuidados. Tengo que protegerme del sufrimiento (Fluoracilo)

Después de analizar los discursos se deduce que los enfermeros buscan habitar en un mundo profesional donde deben mostrarse fuertes para sostener a los pacientes y familiares en su momento de vulnerabilidad. Frente a esto, Morse opina que mostrarse fuerte de manera consciente o no es un signo de sufrimiento, y es una forma de tener la cabeza fría para hacer lo que hay que hacer, y sostener a los pacientes y sus familiares; así, entonces, se muestra que las enfermeras sufren en los dos ámbitos, el profesional y el humano. (45)

Para el manejo de estas emociones resulta importante que el profesional de enfermería sea consciente y acepte como natural el proceso de la vida, así como el desarrollo final de ésta, intentando eliminar tabúes al respecto. Los profesionales de enfermería no sólo tenemos que entender esto y aceptarlo, sino que debemos asumir profesionalmente que al igual que es parte de nuestro trabajo asistir, asesorar y acompañar al nacimiento de la vida, igualmente es en el fin de esta. Resulta fundamental entonces que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante.

Importancia de la preparación del familiar para el cuidado paliativo, agrupa a las unidades de significados convergentes 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 66 de los discursos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX

Los enfermeros entrevistados consideran al familiar como responsable del cuidado diario del paciente, quien comparte el mayor tiempo con él, acompañándolo durante su estancia hospitalaria que algunas veces suele ser prolongada, siendo intermediario entre el enfermero y paciente pues comunica cualquier incidencia, signo o síntoma de la persona bajo cuidado; así mismo manifiestan que debido a las medidas sanitarias sólo se permite el ingreso y permanencia de 1 solo cuidador, lo cuál puede ser agotador. Los profesionales de enfermería han manifestado la necesidad de preparar al familiar para que sea partícipe de los cuidados del paciente, han asumido esta actividad como

obligatoria y fundamental para brindar un cuidado de calidad y se expresan en los siguientes discursos:

Educamos al familiar para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para el dolor físico, es importante que el familiar esté pendiente, aprendiendo de cómo cuidar al paciente cuando vaya a casa. Les enseñamos como realizar los cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma.(Fludarabina)

Las familias necesitan sentir que la enfermera se preocupa por el paciente, saber que pueden contar con ella y que va a estar en los momentos críticos. “Estar con” y “estar ahí” son dos principios fundamentales en la experiencia de los familiares en la etapa final de la vida de su familiar. Dada la relevancia que tiene para la familia el acompañamiento en esta fase de la enfermedad, el comportamiento del personal de enfermería, que incluye la valoración, planificación de cuidados, coordinación de la atención y educación familiar, junto con su presencia, actitudes y empatía, son fundamentales para ayudar a las familias durante este proceso. (46).

La preparación del enfermero es de suma importancia. El saber actuar frente a situaciones difíciles le ayuda no solo a crecer como enfermero sino también como persona, ya que ese momento quedará grabado en cada una de las personas que estén presentes, incluyendo al paciente. Dar o recibir cuidados paliativos no es algo que las familias planeen. Los factores considerados importantes para lograr los mejores cuidados paliativos incluyen ayuda durante el día, atención holística y afirmación de la importancia del papel del cuidador. (47)

Los familiares que se han convertido en cuidadores del paciente oncológico terminal realizan una variedad de tareas, a menudo bajo estrés, que traen con ello demandas físicas y emocionales. No obstante, es un aspecto importante la participación de la familia en el cuidado y los cuidados ante la muerte inminente; es por ello que debe facilitarse la permanencia rotativa de más de un familiar por paciente:

En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99% estamos involucrando sólo a un cuidador principal, cuando muchas veces se

alarga la hospitalización, el cuidador comienza a tener problemas, no estamos cuidando al cuidador (Oxaliplatino)

El sistema de salud está pendiente del cuidado del paciente y casi nunca del cuidador o familia, los profesionales de salud deben favorecer una participación activa del familiar en el cuidado paliativo, esto sería posible si se destina el tiempo necesario y con ello los recursos para educar y sensibilizar a los cuidadores ya que la familia puede facilitar o bloquear los esfuerzos del paciente por adaptarse y soportar la enfermedad. El binomio familia paciente no puede ser separado porque son la misma unidad de cuidado, la familia va a recibir un impacto y necesita enfrentar esta etapa final y con ello una serie de necesidades emocionales que van a requerir apoyo. Si la familia no está preparada para cuidar al paciente, el paciente estará inestable, y si el paciente está inestable, con dolor, la familia estará angustiada. Es importante reconocer qué integrante de la familia está en condiciones de liderar esta atención y atender de los demás familiares.

La categoría **Enfermero: protagonista del cuidado** agrupa a las unidades de significados convergentes 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73 y 74 de los discursos I,II, IV,V,VI,VII,VIII y IX

Aun cuando los cuidados paliativos se desarrollan en el marco de un equipo interdisciplinario, enfermería asume el tiempo completo de la atención y el cuidado profesional de los pacientes y sus familiares, tal como lo aseguran los entrevistados:

Mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros, Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y actuando con empatía. (Daunorrubicina)

En el ámbito hospitalario, los profesionales de la salud se convierten inevitablemente en pieza clave del entorno del paciente y su familia, por esa razón, son parte del proceso del duelo y como tal, su rol debe ser afectivo y respetuoso de las necesidades integrales de la persona, aceptar el protagonismo del enfermero, su posibilidad de escoger entre varias opciones y reconocer que cada persona recorre el camino hacia la muerte con etapas diferentes, pueden responder a intervenciones adecuadas de apoyo físico y psicosocial, y no solo de administración de medicación y tratamientos invasivos.

Jimenez (2017) menciona que: Es necesario reconocer que el colectivo de enfermería ha cuidado de los pacientes en situación terminal desde siempre. Los demás profesionales se han ido incorporando progresivamente a estos cuidados cuando además de curar, se ha entendido que también se necesita cuidar. (48)

La enfermera se encarga de todo, vigila al paciente las 24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia. (Irinotecan)

Uno de los tres elementos más importantes de la Teoría del Cuidado Humano creada por Jean Watson, es el cuidado transpersonal, que significa tener una relación que va más allá del momento en el que se establece la comunicación y la empatía llegando a crear conexiones espirituales con el paciente y/o la familia. (15) Este objetivo se logra cuando el enfermero que cuida al paciente terminal protege, mejora y preserva la dignidad, la humanidad y la integridad de la persona.

Watson hace referencia a que las personas disponen de 3 esferas (mente, cuerpo y alma) obtenidas a través del cuidado transpersonal. Este cuidado, se produce en el momento en el que existe una conexión intersubjetiva entre enfermera y paciente, creando una armonía entre cuerpo, mente y alma. La enfermera debe cultivar sus habilidades con la finalidad de desarrollarse y crecer personalmente. Para que exista un cuidado transpersonal, es esencial que haya un buen ambiente terapéutico dirigido al paciente, ya que por ejemplo la habitación tiene que ser un espacio donde se transmita en todo momento calma. (16)

La relación enfermera paciente terminal cumple varias funciones (49) como son: La función de ayuda, cognoscitiva, social, ética, terapéutica y compañía: en la situación de un enfermo terminal, contar con la enfermera junto a su lecho constituye un hecho bien apreciado por el paciente. Ante la soledad a nivel personal, cuando está sin la presencia de familiares o amigos, la compañía del profesional de enfermería, con quien se ha establecido una relación de ayuda y solidaridad, es de un valor inmenso dentro de la condición de la enfermedad terminal.

Desafíos y limitaciones para el cuidado al final de la vida agrupa a las unidades de significados convergentes 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, y 48 de los discursos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX.

En su quehacer diario los enfermeros perciben dificultades y limitaciones al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico terminal, para el personal de enfermería no existe la adecuación de un ambiente exclusivo para cuidar pacientes terminales, la infraestructura es antigua, además de que los ambientes con los que cuentan son pequeños, bipersonales, impidiendo la permanencia de más de 1 familiar por paciente:

La infraestructura está deteriorada, equipos antiguos, obsoletos. Debería haber un cambio. (Fluoracilo)

Un aspecto que se considera esencial en la unidad de hospitalización destinada a pacientes con necesidad de cuidados paliativos es el de la calidad ambiental tanto interior como exterior a la unidad. (50) Así mismo los cuidados paliativos deben ser acompañados por un equipo multidisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a una enfermedad terminal y con ello ayudarla consecución de la calidad de vida y muerte dignas.

Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo (Fludaravina)
La investigadora asume que al tratarse de un servicio de hospitalización de pacientes oncológicos que reciben tratamiento de quimioterapia y no una unidad de cuidados paliativos, no se destine a los profesionales necesarios para conformar un equipo multidisciplinario, de allí que las atenciones de: psicología, psiquiatría, unidad de terapia del dolor; unidad de soporte nutricional; deben ser atendidas por medio de interconsulta.

El personal de enfermería ha identificado otra dificultad durante la atención del paciente terminal y esta se refiere cuando los medicamentos y/o insumos se agotan:

La limitación que tenemos es que muchas veces no hay insumos farmacológicos. (Fluoracilo)

En 2010, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes concluyó que los niveles de consumo de analgésicos opiáceos en más de 121 países eran “insuficientes” o “muy insuficientes” para atender las necesidades médicas básicas. En 2011, el 83% de la población mundial vivía en países en que el acceso a analgésicos opiáceos era escaso o nulo. (35) Otro aspecto al que hacen mención es a la carga laboral, Harden y colaboradores, mencionan que un efecto negativo del trabajo que realizan las profesionales de enfermería en el cuidado paliativo es el burnout. El riesgo de padecer el síndrome de burnout es más frecuente cuando experimentan situaciones de impotencia y de frustración emocional con respecto a su labor y las relaciones en su ambiente de trabajo. (51)

La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo dado que el paciente necesita más cuidados. (Vincristina)

En el servicio de oncología del HNAAA, el turno es cubierto por 2 enfermeros quienes se distribuyen el trabajo de acuerdo a la cantidad de pacientes que suelen ser un número de 24 a 27, esta organización se ve afectada cuando ocurre la ausencia de alguno de los enfermeros de turno, lo que significaría un riesgo físico, psicológico y emocional para el enfermero que quede a cargo si es que no recibe el apoyo requerido, así como también no se asegura una atención de calidad para los pacientes.

La sobrecarga laboral de los profesionales de enfermería no debe seguirse midiendo de manera tradicional con el proceso enfermero/paciente, sino que debería ser actualizada con indicadores propios más relevantes como la multiplicidad de cuidados ofrecidos y dados en el paciente, la presión de tiempo en el desarrollo de los cuidados, actualmente viéndose aumentado y cada vez más habitual, por la introducción de las nuevas tecnologías (52)

Estas situaciones hacen que los profesionales de enfermería sean más vulnerables a los factores de riesgo biológico, químico, físico y psíquico que se constituyen en amenazas para la salud y la seguridad de estos profesionales. Otro punto abordado es la ausencia de personal capacitado y entrenado para cubrir con las funciones del profesional que se ausenta:

El cuidado se resquebraja cuando no hay profesionales capacitados en el área para que nos remplace, lo ideal es que estén entrenados en el cuidado de este tipo de pacientes. (Oxaliplatino)

Para mejorar el conocimiento, actitudes y comportamientos del personal de enfermería en el cuidado paliativo es necesario implementar capacitaciones educativas y evaluaciones continuas, el perfeccionamiento de estos tres aspectos es fundamental para evitar el dolor y sufrimiento de los pacientes en cuidados paliativos (53).

La categoría: **Necesidad de una unidad de cuidados paliativos y un equipo de salud especializado** agrupa a las unidades de significados convergentes 18, 19, 20, 21, 22,23,24,25 y 26 de los discursos I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX

El servicio de oncología del HNAAA alberga pacientes que acuden en estadíos avanzados de su enfermedad, disminuyendo la posibilidad de cura, y siendo necesarios los cuidados paliativos, al no existir una unidad de cuidados paliativos dentro de la institución, éstos pacientes son atendidos junto a pacientes con enfermedad no tardía. Así lo mencionan en las siguientes unidades de significado:

En el servicio no sólo se atienden a pacientes terminales. A veces priorizamos a quién atender primero y con quién nos quedaremos más tiempo, se trata de hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad. (Daunorrubicina)

Los enfermeros entrevistados reconocen que el paciente oncológico terminal, debe ser el principal protagonista de sus cuidados. Desde este punto de vista, el trabajo profesional de enfermería consta de procurar brindarles a los pacientes una mayor calidad de vida en un marco de respeto hacia su decisión; tal planteamiento requiere de un mayor compromiso personal y sobre todo de una mayor preparación del profesional de enfermería en los terrenos asistencial y humano.

En 1989 se crea en el Perú la primera unidad de cuidados paliativos y actualmente se cuenta con 7 unidades en Hospitales de tercer nivel en Lima y Arequipa. (54) Considerando que existe un alto porcentaje de pacientes oncológicos que son atendidos en el HNAAA quienes acuden además de otras ciudades resultaría necesario la creación

de una unidad de cuidados paliativos en la región Lambayeque; para asegurar una atención de calidad. Tal como lo expresa en el siguiente discurso:

El paciente paliativo es completamente diferente. Lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que necesita el paciente. Espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad y el paciente tenga una muerte digna. (Vincristina)

Queda claro que el profesional de enfermería muestran preocupación por brindar un cuidado de calidad al paciente, que su objetivo es proporcionar un cuidado humanizado, holístico y donde el paciente tenga autonomía, que la atención que reciba esté acorde a sus valores y creencias, todo ello implicaría necesariamente de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales médicos y no médicos; no jerárquico, que asegure un abordaje integral, considerando al paciente y familia como un integrante más del equipo.

Con respecto a los integrantes que deben formar el equipo y a sus respectivas profesiones, Alberdi señala lo siguiente: “Equipo interdisciplinario de cuidados paliativos: comprometido, compasivo y competente, formado fundamentalmente por profesionales de: Medicina, Trabajo Social, Enfermería, Consejería espiritual y Voluntarios /as. (55)

Además Levin (2004), aclara que: “El equipo se construye día a día, desde la selección del personal, la reunión semanal, la diversidad de los puntos de vista, hasta lograr con el tiempo un funcionamiento que la transforma en un organismo capaz de responder a las más diversas necesidades del paciente y su familia”. (56) La asistencia paliativa, debe ser brindada a través de una gama de profesionales impregnados, sensibilizados y de preferencia con formación especializada en cuidados paliativos. El equipo de cuidados paliativos puede empezar a formarse con actividades concretas como el inicio de capacitación de personal que ya labora en el servicio de oncología del HNAAA.

Conclusiones

1. Los enfermeros participantes del servicio de oncología reconocen en el cuidado paliativo como el cuidado humanizado, holístico, que debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, donde se incluya a la familia con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente terminal. Sin embargo son conscientes que sus cuidados solo ayudan a paliar esta necesidad frente a la carencia de esta unidad en la institución hospitalaria.
2. El dolor es el síntoma principal identificado por el enfermero al brindar cuidado paliativo, por ello existe la necesidad de actuar oportunamente ante ello, este cuidado demanda de mucho discernimiento, paciencia y compasión sin embargo se ve debilitado al no contar con una unidad de cuidados paliativos.
3. en la experiencia de brindar cuidados paliativos, los enfermeros descubren que el sufrimiento al final de la vida puede disminuir cuando se aplica el lenguaje no verbal para cuidar, el mirar, y acompañar; sin embargo la sobre carga laboral, estrés, inadecuada formación en técnicas de comunicación y la susceptibilidad de cada individuo ante la representación de la muerte; ocasionan que el cuidado espiritual al paciente y familia haya quedado relegado sobre todo porque el contacto físico con ellos se ha visto debilitado durante la pandemia por covid. Consideran importante la comunicación con el paciente y familia durante todo el proceso de duelo.
4. Los sentimientos que se generan en el profesional de enfermería frente a un enfermo terminal son en su gran mayoría sentimientos de tristeza, impotencia y temor. En esta misma línea refieren también satisfacción por la ayuda y cuidados brindados. La edad y el tiempo de contacto con el enfermo son variables que modulan estos sentimientos.
5. Los enfermeros buscan habitar en un mundo profesional donde deben mostrarse fuertes para sostener a los pacientes y familiares en su momento de vulnerabilidad. Lo que lleva a bloquear sus emociones, en esta lucha pueden llegar a sentirse perdedores, puesto que si muestran sus emociones y se ubican en el ámbito humano se sienten malos profesionales, pero si no lo hacen se sienten malas personas.

6. Los enfermeros entrevistados consideran al familiar como cuidador responsable del cuidado diario del paciente, quien comparte el mayor tiempo con él, acompañándolo durante su estancia hospitalaria, siendo intermediario entre el enfermero y paciente pues comunica cualquier incidencia, signo o síntoma de la persona bajo cuidado. En ese sentido consideran que su preparación y capacitación desde el diagnóstico, debe considerarse como parte del cuidado para poder integrarlo al equipo.

7. Aun cuando los cuidados paliativos se deberían desarrollar en el marco de un equipo interdisciplinario, es enfermería quien asume el brindar cuidado paliativo en la medida de lo posible al paciente terminal y su familia, dado que no se ha constituido un equipo de cuidado paliativo los enfermeros se han convertido inevitablemente en pieza clave del entorno del paciente y familiares.

8. En su quehacer diario los enfermeros perciben dificultades y / o limitaciones al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico terminal: no existe la adecuación de un ambiente exclusivo para cuidar de pacientes terminales, la infraestructura es antigua, los medicamentos y/o insumos se agotan, perciben una alta carga laboral, la cual hace que los profesionales de enfermería sean más vulnerables a los factores de riesgo biológico, químico, físico y psíquico que se constituyen en amenazas para su salud y seguridad.

9. Los profesionales de enfermería demuestran preocupación por brindar un cuidado de calidad al paciente terminal, su objetivo es proporcionar un cuidado humanizado, holístico y donde el paciente tenga autonomía, que la atención que reciba este acorde a sus valores y creencias, todo ello implicaría necesariamente de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales médicos y no médicos; no jerárquico, que asegure un abordaje integral, considerando al paciente y familia como un integrante más del equipo.

Recomendaciones

Acorde a los resultados obtenidos en la presente investigación es posible brindar las siguientes recomendaciones:

Al Área de investigación del HNAAA

- Realizar investigaciones sobre las actitudes del profesional de enfermería al cuidar al paciente oncológico terminal en el servicio de oncología del HNAAA
- Conocer la percepción del paciente oncológico terminal y su familia sobre el cuidado que reciben en el servicio de oncología del HNAAA

A las jefaturas del servicio de Oncología del HNAAA

- Incluir en las actividades del Plan Operativo anual del servicio, la elaboración de un programa de capacitación para los profesionales de enfermería orientados al manejo de pacientes oncológicos en etapa terminal; así como la programación de pasantías en instituciones donde se cuente con una unidad de cuidados paliativos con miras a forjar las bases para la instalación de una unidad dentro del HNAAA.

Referencias bibliográficas

- (1) Fca. Rosa Jimenez Lopez. et all. Cuidados de Enfermería en situaciones complejas de salud. Proceso Oncológico, cuidados paliativos, muerte y duelo 2017
- (2) OMS. Constitución de la organización mundial de la salud. [Web en línea] 2006 Disponible en:http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- (3) The lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. LancetOncol 2013;14:1-52.2. Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la región
- (4) Normas legales. Ley que crea el plan nacional de cuidados paliativos para enfermedades oncologicas y no oncológicas. Perú. 2018. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-crea-el-plan-nacional-decuidados-paliativos-para-en-ley-n-30846-1693156-1/>
- (5) International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2018: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018. Lyon, France: IARC; 2018 disponible en <http://globocan.iarc.fr/>.
- (6) Díaz-Vélez C. Boletín de registro hospitalario de cáncer 2007- 2012. Oficina de Inteligencia Sanitaria RedAsistencialLambayequeEsSalud.2010. Disponible en:https://www.researchgate.net/publication/279704319_Registro_Hospitalario_de_Cncer_2007-2012
- (7) Díaz-Vélez C., Peña-Sánchez R. Factores pronóstico de sobrevida de los canceres prioritarios en el seguro social Essalud Lambayeque, Perú. Rev. VenezOncol 2012, 24(3):202-216
- (8) Ascencio H., Allende S., Verastegui E. Creencias, Actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. [Publicación periódica en línea] 2014. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44920/42836>
- (9) Hernández E, et all “Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en un hospital de Zaragoza, España Publicado por ElsevierEspaña 2016
- (10) Collantes D., Cieza Y. “ Actitudes del enfermero frente a un paciente en etapa terminal, en un hospital del Perú” 2019. Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad” Vol. 4, Núm. 2 pp. 48-62.
- (11) Alvarez Alarcon, V. Conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos en el paciente con cáncer terminal en el Hospital Militar Central, Perú, 2019.

- (12) Fhon JRS, Silva LM, Rodrigues RAP, Carhuapoma AME. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2018; 8(3):28-36
- (13) Oblitas CP, Pérez SE, Gonzales DB. Actitudes de las enfermeras en el cuidado al paciente con cáncer en etapa terminal atendido en un hospital de Chiclayo. 2015 Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369 /2
- (14) Baldera, M. “Cuidados de enfermería en pacientes que padecen cáncer terminal en hospitales MINSA y EsSalud. Chiclayo 2015. Tesis
- (15) Watson Jean. Human caring science. A theory of nursing. 2da Edición. United States of America. 2012.
- (16) Figueiredo de Sá França R. Importance of Palliative Care in Pediatric Oncology. International Archives of Medicine. 2016; 9: 1-10. DOI: 10.1590/S0104-11692013000300018.
- (17) Badr Naga B. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. Middle east journal of family medicine, Middle East Journal of Family Medicine. 2014; 12: 48-51
- (18) World Health Organization. Key facts (Internet) 2018 Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Accessed: 2020-10-22) Barbero J. Diaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original5.pdf>
- (19) Saunders CM. La filosofía del cuidado terminal. En: Saunders CM. (ed) Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona: Salvat; 1980. p. 259-72.
- (20) Guía de manejo integral de cuidados paliativos, Early Institute e Instituto Nacional de Cancerología. Primera edición, julio de 2018. Ciudad de México.
- (21) Dewey, John (2002). “Experiencia y pensamiento”, en J. Dewey, Democracia y Educación, Madrid: Morata, pp. 124-134.
- (22) Burns, N. Investigación en Enfermería. 3era edición. Saunders. Madrid-España, 2005.
- (23) Palacios Ceña, D. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. El sevier. España 2010
- (24) Valles MS. Entrevistas cualitativas. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas; 2002.

- (25) Mayan, MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta, Canadá: Qual Institute Press, 2001. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>.
- (26) Ruiz Olanbuénaga, J. Metodología de la investigación cualitativa. 4ta edición, Vol 15. España. 2007
- (27) González Ávila, M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Revista Ibero Americana N° 29. 2002
- (28) Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Fórum Qualitative Social Research. 2009. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>
- (29) Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, disponible en: www.rae.es
- (30) Francisco Galindo Ocaña, Manual de bolsillo de cuidados paliativos para enfermeros oncológicos y no oncológicos. /Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Unidad Clínica de Atención Médica Integral Hospital Universitario Virgen del Rocío. España 978-84-697-4586-1
- (31) C. José Cid, B. Juan Pablo Acuña, A. Javier de Andrés, J. Luis Díaz, A. Leticia Gómez-Caro. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(4):687-97
- (32) Buitrago Martín C L, Pacheco J Orlando, Estrada D Carolina, Acevedo C Mario. Caracterización del dolor en las pacientes con cáncer de mama que asisten a la unidad de oncología del Hospital San José. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Oct 04] ; 26(4): 221-226. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400005&lng=es. Epub 23-Mar-2020. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3692/2018>.
- (33) Waldow, R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm, Granada , v. 23, n. 4, p. 234-238, dic. 2014 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 02 oct. 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>.
- (34) Contreras, S. Sanhueza, O. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. 2016, vol.22, pp.47-63. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532016000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>.

- (35) Foley, K. OMS. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20° aniversario. *Cancer Pain*. US: OMS. Vol. 19, Núm. 1 – 2006. Pág 3-4.
- (36) Kramer Verónica en su investigación “Uso de Opioides en Pacientes Paliativos Oncológicos al Momento de Fallecer: “El Mito de la Morfina”
- (37) Benito E, Barbero J, Payás A. (Dir.). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Madrid: Aran Ediciones; 2008.
- (38) Mansilla J. Clinical teaching role experience of nurses at hospitals of southern Chile. Chile: 2016; Vol. 22 n°1. González E. Educar en la afectividad en la Universidad Complutense. España: Melibea
- (39) García Alandete, Joaquín Hernández Jiménez, María Jesús. El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado Vol. 22 Núm. 2 Pág. 319-330
- (40) García, B., Araujo, E., García, V., & García, M. d. (2014). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Horizontes*, 47 - 59. Obtenido de https://nanopdf.com/download/sentimientos-que-manifiestan-las-enfermeras-ante-la-muerte-de-su_pdf
- (41) Cerros , E. (2016). Una mirada hacia las emociones que experimentan los trabajadores sociales que atienden enfermos terminales. *Trabajo Social*, 6(11), 78-98. Obtenido de <http://revistaseug.urg.es/index.php/tsg/article/view/4767/pdf>
- (42) Espinoza Venegas M, Luengo Machuca L, Sanhueza Alvarado O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. *Análisis multivariado*. [Internet] 2016; 16 (4): 430-446.
- (43) Lopera-Betancur MA. Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan*. 2017; 17(3): 284-291.
- (44) Pérez ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid*. [Internet] 2016; 7(1): 1210-8.
- (45) Morse J. Toward a praxis theory of suffering. *A.N.S.* 2001;24(1):47-59.
- (46) Loor, L. E., & Riera, M. K. (2019). Manejo emocional del profesional de enfermería a pacientes en fase terminal en Hospital Docente, Dr. Abel Gilbert Pontón, noviembre 2018 hasta enero del 2019. Guayaquil: Universidad de Guayaquil - Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41922>
- (47) Sierra, Luis et al. Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index Enferm* [online]. 2019, vol.28, n.1-2, pp.51-55. Disponible en:

- <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011&lng=es&nrm=iso>. Epub 09-Dic-2019. ISSN 1699-5988
- (48) Arriaza P, Cancino G, Sanhueza O. Pertener a algo mayor: Experiencias del paciente y cuidadores durante el cuidado paliativo en Chile. *Ciencia y Enfermería*. 2009; 15 (2): 95-106. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art10.pdf> [acceso: 31/10/2016]
- (49) Bastos, R.A., Lamb, F.A., Quintana, A.M., Beck, C.L.C., Carnevale, F. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2017; (17), 58-64.
- (50) Unidad De Cuidados Paliativos: Estándares y Recomendaciones, Ministerio De Sanidad Y Política Social Centro de Publicaciones Paseo Del Prado, 18. 28014 Madrid, disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
- (51) Ferrada S1, Urso A2, Riffo C2, Sánchez H3, Villamizar G4. Relación entre carga laboral e incidentes en una unidad de cuidados intensivos polivalente. *Revista chilena de medicina intensiva*. 2005; 20(2): 87-90
- (52) Novoa M, Nieto C, Forero C, Caycedo C, Palma M, Montealegre M, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Univ Psychol* 2005; 4(1)
- (53) Harden K, Price DE, Galunas L. Cuidados paliativos: mejora del conocimiento, las actitudes y los comportamientos de enfermería. *Rev Clin J Oncol Nurs*. 2017; 21(5). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>.
- (54) Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, Centeno C (2021). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020* (2ª ed.). Houston: IAHPC Press
- (55) Levin, R. Cuidados Paliativos: principios generales. En: Organización Panamericana de la Salud / International Association for Hospice and Palliative Care. *Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico*. PAHO. 2ª edición. 2004. Pp. 3-8
- (56) Ministerio de Salud, República de Costa Rica. Dirección de Servicios de Salud, Unidad de acreditación. Norma para la acreditación de cuidados paliativos y control del dolor. 2007. San José, Costa Rica. Pp. 7-13

Anexos

ANEXO N°01 ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

DISCURSO N° 01 DAUNORRUBICINA

Bueno he tenido experiencias agradables y desagradables (1), experiencias que nos ayudan a mejorar como profesional y como ser humano, porque nuestros cuidados tienen que ser de calidad, con fundamento teórico y calidez y también nos ayudan a mejorar en destrezas (2). Las experiencias nos dan el día a día con los pacientes y con su familia, porque el paciente y su familia son una experiencia única (3). Los síntomas que padecen estos pacientes sobre todo el dolor es el más común, pero la intensidad y la forma en la cual se presenta es diferente y nosotros debemos de actuar teniendo en cuenta eso, con empatía (4).

La principal destreza que adquirí fue la comunicación, porque a veces yo me he considerado una persona callada, pero con ellos la comunicación fluye (5), porque en mí ser, En mi chip está: dale confianza, dale confianza a esa persona dale seguridad y entonces la única forma de muy aparte no de como ellos te ven actuar en los procedimientos, también es darle esa confianza por medio de la comunicación (6); Pues para mí una de las principales destrezas que yo he podido adquirir es la comunicación entre el paciente y mi persona.(7) otras destrezas no podría decirte de Procedimientos porque eso se gana con cualquier otro tipo de paciente o las adquirimos desde el pregrado, tal vez como ellos son pacientes con accesos venosos difíciles, en los procedimientos de canalización te podría decir que también se gana experiencia (8).

yo definiría los cuidados paliativos que se brinda al paciente oncológico como aquel cuidado humanizado, holístico, multidimensional(9) muchas veces las enfermeras este cuidado lo tenemos condicionado: ¿Con qué? con el tiempo, con la sobrecarga laboral, con la demanda de otros pacientes con igual o con mayores necesidades físicas psicológicas emocionales y espirituales,(10) a veces tenemos que priorizar a quién, a

quién vamos a atender primero y con quién nos vamos a quedar más tiempo, pero se trata de hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad(11)

En el servicio donde laboro no sólo se atienden a pacientes terminales, sino que hay otro tipo de pacientes (12). A veces es difícil porque sabemos que puede fallecer en cualquier momento ó sabemos que su pronóstico es malo, entonces dejamos que pase más tiempo con el familiar y nosotros nos dedicamos a otros pacientes que si pueden salir de un cuadro grave(13); Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y como te dije al inicio, actuando con empatía (14), también es un cuidado basado en los principios éticos todo profesional de la salud como son: la no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía(15) y podría decir que los tres primeros principios mi persona lo cumple a cabalidad, pero el principio de autonomía a veces es difícil (16). Aun cuando decimos que el profesional de enfermería ó nuestra profesión es autónoma; en la práctica hospitalaria y en la parte legal es difícil definirla como tal, porque en el hospital dependemos por jerarquías del médico(17) en ocasiones amerita administrar un medicamento para el dolor que no está en escrito en la prescripción médica de la historia clínica(18), como ya conocemos ese tipo de paciente podemos colocar ese tipo de medicamento pero también tenemos que tener en cuenta que está ahí el Familiar o el cuidador presente y te pregunta: ¿señorita que le está colocando? (19)

El dolor del paciente por lo general se maneja con fármacos, (20) hay otros tipos de tratamientos no farmacológicos para también disminuir el dolor. En cuanto al tratamiento farmacológico usamos la codeína, en el paciente con cuidados paliativos el paracetamol no hará efecto, entonces es necesario administrar: codeína, tramal junto con el gravol, y morfina (21).

También existen tratamientos no farmacológicos, y deberíamos también de considerarlos, Cómo es la musicoterapia, tratamiento con hielo que mejora el dolor, pero que nosotros no practicamos hoy o al menos no lo práctico ahí con los pacientes (22);

Para aliviarlo emocionalmente le decimos que piense en algo bonito, que cante una canción o escuche una canción que le puede despejar la mente y de repente aliviar el dolor (23).

Estaba leyendo sobre los factores externos relacionados con el estrés del paciente, como el ruido y nosotros con nuestro coche hacemos tremendo ruido desde las 5 de la mañana, o cuando llenan el oxígeno es otro ruido tremendo, otras veces he escuchado al paciente quejarse sobre la luz que ingresa por las habitaciones y las habitaciones no tienen una cortina de fácil manejo para ellos, creo que eso aumenta el dolor en el paciente (24). Esas cosas pequeñas en infraestructura se pueden mejorar a corto plazo con una buena gestión (25), lo que también me afecta es la parte teórica, por algo estoy estudiando, para conocer más sobre lo que concierne al dolor y lo que son los cuidados paliativos (26), Ya estoy como te dije 2 años 8 meses trabajando en oncología y no es justo ni para mí como profesional ni para el paciente que le brindo cuidado tener a una enfermera con estudios generales (27), tenemos que invertir en nuestra educación para ser mejores profesionales y dar una mejor calidad de vida al paciente(28).

Los pacientes adultos maduros son personas que están desarrollándose profesionalmente, en su entorno familiar, muchos de ellos son casados, con hijos y nietos (29), cuando llega por primera vez un familiar con un paciente que ha sido desahuciado y muchas de sus necesidades están afectadas, la enfermera tiene el deber de enseñarle al familiar como brindar estos cuidados (30) , En algún momento el paciente va a ir a su casa (31), entonces el familiar tiene que saber cómo alimentarlo por sonda nasogástrica, regular el flujo de oxígeno, hacer una nebulización (32), pero yo creo que mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros (33) , educamos al familiar dependiendo de lo que el paciente necesita, los familiares deben saber identificar los signos de alarma (34), hay familiares que también son pasivos, solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente (35).

He experimentado sentimientos de tristeza y por otra parte de satisfacción(36), de tristeza porque es difícil cuando se sabe que el paciente va a fallecer(37), conoces el

diagnóstico y el pronóstico del paciente, incluso es más triste cuando son pacientes jóvenes que tienen hijos pequeños, y pues es inevitable sentir tristeza en la etapa final de su vida(38), nos queda darle calidad de vida tanto a él como a su familia, a través del alivio del sufrimiento, tanto físico como emocional(39), porque ellos sufren emocionalmente, sufren porque saben que van a dejar a su familia, que van a dejar a un niño pequeño (40), por otro lado es gratificante porque cuando el familiar se te acerca y te dice Gracias señorita por todo lo que hace o hizo por él o ella, gracias por tus cuidadosha sido un ángel, es gratificante (41); a veces he tenido sentimiento de frustración e impotencia porque no hice esto o aquello (42) me digo a mi misma ¿porqué no le dije que hiciera una nota a su familiar, o si tenía a alguien con el que el paciente estaba enojado, porque no le hacía una llamada para reconciliarse?, son temas muy personales que he dejado de lado por temor (43), por temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales, o decirme ¿a so me voy a morir?(44) Hay pacientes que no aceptan que van a fallecer pronto, por el contrario tienen una esperanza de sanarse (45). Decirles que dejen todos sus asuntos en orden sería quitarles esa esperanza, o se podría enojar, lo pueden tomar a mal. Y por eso evito hacer esos comentarios (46).

Cuando un paciente muere en servicio es triste (47), hay que ayudar al familiar asimilar el proceso del duelo (48), le decimos que sentimos mucho la pérdida de su paciente pero que todo estará bien , ella o él está en un lugar mejor de repente puede reconfortarlo de alguna manera (49).

Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente y ver cómo se sentía la familia, mis ojos se empañaron, me retiré del lugar y lloré (50), pero con el transcurso de los años pareciera que te vuelves dura (51), porque ya no sientes los mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse con ellos, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte (52). Lo que si hemos dejado de lado es la oración en ese momento. Le decimos al familiar que ore pero no nos quedamos hacerlo con ellos (53).

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. Bueno he tenido experiencias agradables y desagradables.</p> <p>2. Experiencias que nos ayudan a mejorar como profesional y como ser humano, porque nuestros cuidados tienen que ser de calidad, con fundamento teórico y calidez y también nos ayudan a mejorar en destrezas.</p> <p>3. Las experiencias nos dan el día a día con los pacientes y con su familia, porque el paciente y su familia son una experiencia única</p> <p>4. Los síntomas que padecen estos pacientes sobre todo el dolor es el más común, pero la intensidad y la forma en la cual se presenta es diferente y nosotros debemos de actuar teniendo en cuenta eso, con empatía</p> <p>5. La principal destreza que adquirí fue la comunicación, porque a veces yo me he considerado una persona callada, pero con ellos la</p>	<p>1. He tenido experiencias agradables y desagradables.</p> <p>2. Experiencias que me ayudan a mejorar como profesional y como ser humano, nuestros cuidados tienen que ser de calidad y con calidez, fundamentados científicamente, también nos ayudan a mejorar en destrezas.</p> <p>3. Las experiencias las tenemos día a día con los pacientes y con su familia, ellos son una experiencia única</p> <p>4. El síntoma más común que padecen estos pacientes es el dolor, la intensidad y forma es diferente; nosotros debemos de actuar con empatía</p> <p>5. La principal destreza que adquirí fue la comunicación, a veces me he considerado una persona callada, pero con ellos la comunicación fluye</p>

<p>comunicación fluye</p> <p>6. Porque en mí ser, En mi chip está: dale confianza, dale confianza a esa persona dale seguridad y entonces la única forma de muy aparte no de como ellos te ven actuar en los procedimientos, también es darle esa confianza por medio de la comunicación</p> <p>7. Pues para mí una de las principales destrezas que yo he podido adquirir es la comunicación entre el paciente y mi persona.</p> <p>8. Otras destrezas no podría decirte de Procedimientos porque eso se gana con cualquier otro tipo de paciente o las adquirimos desde el pregrado, tal vez como ellos son pacientes con accesos venosos difíciles, en los procedimientos de canalización te podría decir que también se gana experiencia</p> <p>9. Yo definiría los cuidados paliativos que se brinda al paciente oncológico como aquel cuidado humanizado, holístico,</p>	<p>6. En mí ser, en mi chip está: dale confianza a esa persona, dale seguridad y la única forma de darle esa confianza es por medio de la comunicación</p> <p>7. Una de las principales destrezas que yo he podido adquirir es la comunicación entre el paciente y mi persona.</p> <p>8. Son pacientes con accesos venosos difíciles, en los procedimientos de canalización también se gana experiencia.</p> <p>9. Yo definiría los cuidados paliativos como aquel cuidado humanizado, holístico, multidimensional</p>
--	--

<p>multidimensional</p> <p>10. Muchas veces las enfermeras este cuidado lo tenemos condicionado: ¿Con qué? con el tiempo, con la sobrecarga laboral, con la demandade otros pacientes con igual o con mayores necesidades físicas psicológicas emocionales y espirituales</p> <p>11. A veces tenemos que priorizar a quién vamos a atender primero y con quién nos vamos a quedar más tiempo, pero se trata de hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad</p> <p>12. En el servicio donde laboro no sólo se atienden a pacienteterminales, sino que hay otro tipo de pacientes</p> <p>13. A veces es difícil porque sabemos que puede fallecer en cualquier momento ó sabemos que supronóstico es malo, entonces dejamos que pase más tiempo con el familiar ynosotros nos dedicamos a otros</p>	<p>10. Muchas veces éste cuidado lo tenemos condicionado: con el tiempo, la sobrecarga laboral, la demanda de otros pacientes con igual o con mayores necesidades físicas psicológicas emocionales yespirituales</p> <p>11. A veces tenemos que priorizar a quién vamos a atender primero y con quién nos vamos a quedar más tiempo, pero se trata de hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad.</p> <p>12. En el servicio donde laboro no sólo se atienden a pacientes terminales, sino que hay otro tipo de pacientes</p> <p>13. A veces es difícil porque sabemos que puede fallecer en cualquier momento ó sabemos que su pronóstico es malo, dejamos que pase más tiempo con el familiar y nosotros nos dedicamos a otros pacientes que sí</p>
---	---

<p>pacientes que si pueden salir de un cuadro grave</p> <p>14. Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y como te dije al inicio, actuando con empatía</p> <p>15. También es un cuidado basado en los principios éticos de todo profesional de la salud como son: la no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía</p> <p>16. Podría decir que los tres primeros principios mi persona lo cumple a cabalidad, pero el principio de autonomía a veces es difícil</p> <p>17. Aún cuando decimos que el profesional de enfermería ó nuestra profesión es autónoma; en la práctica hospitalaria y en la parte legal es difícil definirla como tal, porque en el hospital dependemos por jerarquías del médico</p> <p>18. En ocasiones amerita administrar un medicamento para el dolor que no está escrito en la prescripción médica de la historia clínica</p>	<p>pueden salir de un cuadro grave</p> <p>14. Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y como te dije al inicio, actuando con empatía</p> <p>15. Es un cuidado basado en los principios éticos de todo profesional de la salud como son: la no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía</p> <p>16. Los tres primeros principios lo cumpla a cabalidad, pero el principio de autonomía a veces es difícil.</p> <p>17. Aún cuando decimos que el profesional de enfermería ó nuestra profesión es autónoma; en la práctica hospitalaria y en la parte legal es difícil definirla como tal, porque en el hospital dependemos por jerarquías del médico</p> <p>18. En ocasiones amerita administrar un medicamento para el dolor que no está en la prescripción médica de la historia clínica</p>
--	--

<p>19. Como ya conocemos ese tipo de paciente podemos colocar ese tipo de medicamento pero también tenemos que tener en cuenta que está ahí el familiar o el cuidador presente y te pregunta: ¿señorita que le está colocando?</p> <p>20. El dolor del paciente por lo general se maneja con fármacos</p> <p>21. hay otros tipos de tratamientos no farmacológicos para también disminuir el dolor. En cuanto al tratamiento farmacológico usamos la codeína, en el paciente con cuidados paliativos el paracetamol no hará efecto, entonces es necesario administrar: codeína, tramal junto con el gravol, y morfina</p> <p>22. También existen tratamientos no farmacológicos, y deberíamos también de considerarlos, Cómo es la musicoterapia, tratamiento con hielo que mejora el dolor, pero que nosotros no practicamos hoy o al menos no lo práctico ahí con los pacientes</p>	<p>19. Como conocemos a ese tipo de paciente podemos colocar ese tipo de medicamento pero está ahí el familiar o el cuidador presente y te pregunta: ¿señorita que le está colocando?</p> <p>20. El dolor del paciente por lo general se maneja con fármacos</p> <p>21. En cuanto al tratamiento farmacológico usamos la codeína, en el paciente con cuidados paliativos el paracetamol no hará efecto, es necesario administrar: codeína, tramal junto con gravol, y morfina</p> <p>22. También existen tratamientos no farmacológicos, y deberíamos de considerarlos, como la musicoterapia, tratamiento con hielo, pero no practicamos, al menos no lo práctico con los pacientes</p>
---	--

<p>23. Para aliviarlo emocionalmente le decimos que piense en algo bonito, que cante una canción o escuche una canción que le puede despejar la mente y de repente aliviar el dolor</p> <p>24. Estaba leyendo sobre los factores externos relacionados con el estrés del paciente, como el ruido y nosotros con nuestro coche hacemos tremendo ruido desde las 5 de la mañana, o cuando llenan el oxígeno es otro ruido tremendo, otras veces he escuchado al paciente quejarse sobre la luz que ingresa por las habitaciones y las habitaciones no tienen una cortina de fácil manejo para ellos, creo que eso aumenta el dolor en el paciente</p> <p>25. Esas cosas pequeñas en infraestructura se pueden mejorar a corto plazo con una buena gestión</p> <p>26. Lo que también me afecta es la parte teórica, por algo estoy estudiando, para conocer más sobre lo que concierne al dolor y lo que son</p>	<p>23. Para aliviarlo emocionalmente le decimos que piense en algo bonito, que cante o escuche una canción que le puede despejar la mente y de repente aliviar el dolor</p> <p>24. Leía sobre los factores externos relacionados con el estrés del paciente, como el ruido y nosotros con nuestro coche hacemos tremendo ruido desde las 5 de la mañana, o cuando llenan el oxígeno es otro ruido tremendo, he escuchado al paciente quejarse sobre la luz que ingresa por las habitaciones que no tienen una cortina de fácil manejo para ellos, creo que eso aumenta el dolor en el paciente</p> <p>25. Esas cosas pequeñas en infraestructura se pueden mejorar a corto plazo con una buena gestión</p> <p>26. Lo que también me afecta es la parte teórica, por algo estoy estudiando, para conocer más sobre lo que concierne al dolor y cuidados</p>
---	--

<p>los cuidados paliativos</p> <p>27. Ya estoy como te dije 2 años 8 meses trabajando en oncología y no es justo ni para mí como profesional ni para el paciente que le brindo cuidado tener a una enfermera con estudios generales</p> <p>28. Tenemos que invertir en nuestra educación para ser mejores profesionales y dar una mejor calidad de vida al paciente</p> <p>29. Los pacientes adultos maduros son personas que están desarrollándose profesionalmente, en su entorno familiar, muchos de ellos son casados, con hijos y nietos</p> <p>30. cuando llega por primera vez un familiar con un paciente que ha sido desahuciado y muchas de sus necesidades están afectadas, la enfermera tiene el deber de enseñarle al familiar como brindar estos cuidados</p> <p>31. En algún momento el paciente va a ir a su casa</p> <p>32. Entonces el familiar tiene que</p>	<p>paliativos</p> <p>27. Ya estoy 2 años 8 meses trabajando en oncología y no es justo ni para mí como profesional ni para el paciente que le brindo cuidado tener a una enfermera con estudios generales</p> <p>28. Tenemos que invertir en nuestra educación para ser mejores profesionales y dar una mejor calidad de vida al paciente</p> <p>29. Los pacientes adultos maduros son personas que están desarrollándose profesionalmente, en su entorno familiar, muchos de ellos son casados, con hijos y nietos</p> <p>30. Cuando llega por primera vez un familiar con un paciente que ha sido desahuciado y muchas de sus necesidades están afectadas, la enfermera tiene el deber de enseñarle al familiar como brindar estos cuidados</p> <p>31. En algún momento el paciente va a ir a su casa</p> <p>32. El familiar tiene que saber cómo alimentarlo por sonda nasogástrica,</p>
---	---

<p>saber cómo alimentarlo por sonda nasogástrica, regular el flujo de oxígeno, hacer una nebulización</p> <p>33. Pero yo creo que mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros</p> <p>34. Educamos al familiar dependiendo de lo que el paciente necesita, los familiares deben saber identificar los signos de alarma</p> <p>35. Hay familiares que también son pasivos, solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente</p> <p>36. He experimentado sentimientos de tristeza y por otra parte de satisfacción</p> <p>37. De tristeza porque es difícil cuando se sabe que el paciente va a fallecer</p> <p>38. Conoces el diagnóstico y el pronóstico del paciente, incluso es más triste cuando son pacientes jóvenes que tienen hijos pequeños, y pues es inevitable sentir tristeza en la</p>	<p>regular el flujo de oxígeno, hacer una nebulización</p> <p>33. Yo creo que mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros</p> <p>34. Educamos al familiar dependiendo de lo que el paciente necesita, los familiares deben saber identificar los signos de alarma</p> <p>35. Hay familiares que también son pasivos, solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente</p> <p>36. He experimentado sentimientos de tristeza y satisfacción</p> <p>37. Tristeza porque es difícil cuando se sabe que el paciente va a fallecer</p> <p>38. Conoces el diagnóstico y el pronóstico del paciente, incluso es más triste cuando son pacientes jóvenes con hijos pequeños, es inevitable sentir tristeza.</p>
---	---

<p>etapa final de su vida</p> <p>39. Nos queda darle calidad de vida tanto a él como a su familia, a través del alivio del sufrimiento, tanto físico como emocional</p> <p>40. Porque ellos sufren emocionalmente, sufren porque saben que van a dejar a su familia, que van a dejar a un niño pequeño</p> <p>41. Por otro lado es gratificante porque cuando el familiar se te acercay te dice “Gracias señorita por todo lo que hace o hizo por él o ella, gracias por tus cuidados ha sido un ángel”, es gratificante</p> <p>42. A veces he tenido sentimiento de frustración e impotencia porque no hice esto o aquello</p> <p>43. Me digo a mi misma ¿por qué no le dije que hiciera una nota a su familiar, o si tenía a alguien con el que el paciente estaba enojado, ¿por qué no le hacía una llamada para reconciliarse?, son temas muy personales que he dejado de lado por temor</p>	<p>39. Queda darle calidad de vida, tanto a él como a su familia, a través del alivio del sufrimiento físico como emocional</p> <p>40. Ellos sufren emocionalmente, sufren porque saben que van a dejar a su familia a un niño pequeño</p> <p>41. Es gratificante cuando el familiar se te acerca y te dice “Gracias señorita por todo lo que hace o hizo por él o ella, gracias por tus cuidados ha sido un ángel”, es gratificante</p> <p>42. He tenido sentimiento de frustración e impotencia porque no hice esto o aquello</p> <p>43. Me pregunto ¿por qué no le dije que hiciera una nota a su familiar, o si tenía a alguien con el que el paciente estaba enojado, ¿por qué no le hacía una llamada para reconciliarse?, son temas muy personales que he dejado de lado por temor</p>
--	---

<p>44. por temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales, o decirme ¿acaso me voy a morir?</p> <p>45. Hay pacientes que no aceptan que van a fallecer pronto, por el contrario tienen una esperanza de sanarse</p> <p>46. Decirles que dejen todos sus asuntos en orden sería quitarles esa esperanza, o se podría enojar, lo pueden tomar a mal. Y por eso evito hacer esos comentarios</p> <p>47. Cuando un paciente muere en el servicio es triste</p> <p>48. Hay que ayudar al familiar a asimilar el proceso del duelo</p> <p>49. Le decimos que sentimos mucho la pérdida de su paciente pero que todo estará bien , ella o él está en un lugar mejor de repente puede reconfortarlo de alguna manera</p> <p>50. Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente y ver cómo se sentía la familia, mis ojos se</p>	<p>44. Temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales, o decirme ¿acaso me voy a morir?</p> <p>45. Hay pacientes que no aceptan que van a fallecer pronto, por el contrario tienen una esperanza de sanarse</p> <p>46. Decirles que dejen todos sus asuntos en orden sería quitarles esa esperanza, o se podría enojar, lo pueden tomar a mal, por eso evito hacer esos comentarios</p> <p>47. Cuando un paciente muere en el servicio es triste</p> <p>48. Hay que ayudar al familiar a asimilar el proceso del duelo</p> <p>49. Le decimos que sentimos mucho la pérdida de su paciente pero que todo estará bien , ella o él está en un lugar mejor de repente puede reconfortarlo de alguna manera</p> <p>50. Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente y ver cómo se sentía la familia, mis ojos se</p>
---	---

<p>empañaron, me retiré del lugar y lloré</p> <p>51. pero con el transcurso de los años pareciera que te vuelves dura</p> <p>52. porque ya no sientes los mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse con ellos, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte</p> <p>53. Lo que si hemos dejado de lado es la oración en ese momento. Le decimos al familiar que ore pero no nos quedamos hacerlo con ellos</p>	<p>empañaron, me retiré del lugar y lloré</p> <p>51. Con el transcurso de los años pareciera que te vuelves dura</p> <p>52. Ya no sientes los mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse con ellos, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte</p> <p>53. Lo que hemos dejado de lado es la oración en ese momento. Le decimos al familiar que ore pero no nos quedamos hacerlo con ellos</p>
---	--

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. El síntoma más común que padecen estos pacientes es el dolor, la intensidad y forma es diferente; nosotros debemos de actuar con empatía (4) El dolor del paciente por lo general se maneja con fármacos (20) En cuanto al tratamiento farmacológico usamos la codeína, en el paciente con cuidados paliativos el paracetamol no hará efecto, entonces es necesario administrar: codeína, tramal junto con gravol, y morfina (21) Leía sobre los factores externos relacionados con el estrés del paciente, como el ruido y nosotros con nuestro coche hacemos tremendo ruido desde las 5 de la mañana, o cuando llenan el oxígeno es otro ruido tremendo, he escuchado al paciente quejarse sobre la luz que ingresa por las habitaciones que no</p>	<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. El síntoma más común que padecen estos pacientes es el dolor, la intensidad y forma es diferente; El dolor del paciente por lo general se maneja con fármacos. En cuanto al tratamiento farmacológico, el paracetamol no hará efecto, es necesario administrar: codeína, tramal con gravol, y morfina. Leía sobre los factores externos relacionados con el estrés del paciente, como el ruido y nosotros con nuestro coche hacemos tremendo ruido desde las 5 de la mañana, o cuando llenan el oxígeno es otro ruido tremendo, he escuchado al paciente quejarse sobre la luz que ingresa por las habitaciones que no tienen una cortina de fácil manejo para ellos, creo que eso aumenta el dolor en</p>

tienen una cortina de fácil manejo para ellos, creo que eso aumentar el dolor en el paciente (24)

**CUIDADOS PALIATIVOS:
ALIVIAR CUANDO NO SE
PUEDE CURAR**

2. Definiría los cuidados paliativos como aquel cuidado humanizado, holístico, multidimensional (9) Muchas veces éste cuidado lo tenemos condicionado: con el tiempo, la sobrecarga laboral, la demanda de otros pacientes con igual o con mayores necesidades físicas psicológicas emocionales y espirituales(10)Es un cuidado basado en los principios éticos de todo profesional de la salud como son: la no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía (15)

**NECESIDAD DE UNA
UNIDAD DE CUIDADOS
PALIATIVOS Y UN EQUIPO
DE SALUD ESPECIALIZADO**

3. En el servicio donde laboro no sólo se atienden a pacientes terminales, sino que hay otro tipo

el paciente

**CUIDADOS PALIATIVOS:
ALIVIAR CUANDO NO SE
PUEDE CURAR**

2. Definiría a los cuidados paliativos como aquel cuidado humanizado, holístico, multidimensional. Muchas veces condicionado: con el tiempo, la sobrecarga laboral, la demanda de otros pacientes con igual o con mayores necesidades físicas psicológicas emocionales y espirituales. Es un cuidado basado en los principios éticos de todo profesional de la salud como son: la no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía

**NECESIDAD DE UNA
UNIDAD DE CUIDADOS
PALIATIVOS Y UN EQUIPO
DE SALUD ESPECIALIZADO**

3. En el servicio no sólo se atienden a pacientes terminales. A veces priorizamos a quién atender

de pacientes (12) A veces tenemos que priorizar a quién vamos a atender primero y con quién nos vamos a quedar más tiempo, pero se trata de hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad. (11)

BLOQUEO DE SENTIMIENTOS

4. Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente y ver cómo se sentía la familia, mis ojos se empañaron, me retiré del lugar y lloré (50) Con el transcurso de los años pareciera que te vuelves dura (51) porque ya no sientes lo mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse con ellos, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte (52)

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO

5. He experimentado sentimientos de tristeza (36) porque es difícil cuando se sabe que el paciente va a fallecer (37) Conoces el diagnóstico y el pronóstico del

primero y con quién nos quedaremos más tiempo, se tratade hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad.

BLOQUEO DE SENTIMIENTOS

4. Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente, ver cómo se sentía la familia, mis ojos se empañaron, me retiré del lugar y lloré, con el transcurso de los años pareciera que te vuelves dura, ya no sientes lo mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte.

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO

5. He experimentado sentimientos de tristeza y de satisfacción, tristeza porque es difícil saber que el paciente va a fallecer, incluso es más triste cuando son pacientes

paciente, incluso es más triste cuando son pacientes jóvenes que tienen hijos pequeños, es inevitable sentir tristeza en la etapa final de su vida (38). A veces he tenido sentimiento de frustración e impotencia porque no hice esto o aquello (42) me pregunto ¿porqué no le dije que hiciera una nota a su familiar, o si tenía a alguien con el que el paciente estaba enojado, porque no le hacía una llamada para reconciliarse?, son temas muy personales que he dejado de lado por temor (43) temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales, o decirme ¿a caso me voy a morir? (44) Cuando un paciente muere en el servicio estriste (47)

DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

6. En ocasiones amerita administrar un medicamento para el dolor que no está en la prescripción médica

jóvenes que tienen hijos pequeños, es inevitable sentir tristeza en la etapa final de su vida

He tenido sentimientos de frustración e impotencia porque no hice esto o aquello, son temas muy personales que he dejado de lado por temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales, o decirme ¿acaso me voy a morir?

DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

6. En ocasiones amerita administrar un medicamento para el dolor que no está en la prescripción. Como

de la historia clínica (18). Como conocemos a ese tipo de paciente podemos colocar ese tipo de medicamento pero está ahí el familiar o el cuidador presente y te pregunta: ¿señorita que le está colocando?

ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE

7. Para aliviarlo emocionalmente le decimos que piense en algo bonito, que cante o escuche una canción que le puede despejar la mente y de repente aliviar el dolor (23) Lo que si he dejado de lado es la oración en ese momento. Le decimos al familiar que ore pero no nos quedamos hacerlo con ellos (53) Nos queda darle calidad de vida tanto a él como a su familia, a través del alivio del sufrimiento, tanto físico como emocional (39). Hay que ayudar al familiar a asimilar el proceso del duelo(48) Le decimos que sentimos mucho la pérdida de su paciente pero que todo estará bien , ella o él está en un lugar mejor de repente puede

conocemos a ese tipo de paciente podemos colocar ese tipo de medicamento pero está ahí el familiar o el cuidador presente y te pregunta: ¿señorita que le está colocando?

ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE

7. Para aliviarlo emocionalmente le decimos que piense en algo bonito, que cante o escuche una canción que le puede despejar la mente y de repente aliviar el dolor. Lo que si he dejado de lado es la oración en ese momento, le decimos al familiar que ore pero no nos quedamos hacerlo con ellos. Hay que ayudar al familiar a asimilar el proceso del duelo, le decimos que sentimos mucho la pérdida de su paciente pero que todo estará bien , ella o él está en un lugar mejor de repente puede reconfortarlo de alguna manera.

reconfortarlo de alguna manera(49)

IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO

8. Cuando llega por primera vez un familiar con un paciente que ha sido desahuciado y muchas de sus necesidades están afectadas, la enfermera tiene el deber de enseñarle al familiar como brindar estos cuidados(30) entonces el familiar tiene que saber cómo alimentarlo por sonda nasogástrica, regular el flujo de oxígeno, hacer una nebulización (32) educamos al familiar dependiendo de lo que el paciente necesita, los familiares deben saber identificar los signos de alarma (34) hay familiares que también son pasivos, solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente (35)

IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO

8. Cuando llega por primera vez un familiar de un paciente que ha sido desahuciado y sus necesidades están afectadas, la enfermera tiene el deber de enseñarle al familiar como brindar estos cuidados. El familiar tiene que saber cómo alimentarlo por sonda nasogástrica, regular el flujo de oxígeno, hacer una nebulización. Educamos al familiar dependiendo de lo que el paciente necesita, los familiares deben saber identificar los signos de alarma. Hay familiares que también son pasivos, solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente

**ENFERMERO: PROTAGONISTA
DEL CUIDADO**

9. Mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros (33)
Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y actuando con empatía (14)

**COMUNICACIÓN COMO
AGENTE TERAPÉUTICO**

10. La principal destreza que adquirí fue la comunicación, me he considerado una persona callada, pero con ellos la comunicación fluye (5) En mí ser, en mi chip está: dale confianza a esa persona, dale seguridad y la única forma de darle esa confianza es por medio de la comunicación(6), para mí una de las principales destrezas que yo he podido adquirir es la comunicación entre el paciente y mi persona.(7)

**ENFERMERO: PROTAGONISTA
DEL CUIDADO**

9. Mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros, Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y actuando con empatía

**COMUNICACIÓN COMO
AGENTE TERAPÉUTICO**

10. La principal destreza que adquirí fue la comunicación, me consideraba una persona callada, pero con ellos la comunicación fluye. En mi chip está: dale confianza y seguridad a esa persona, y una forma de darle esa confianza es por medio de la comunicación. Una de las principales destrezas que yo he podido adquirir es la comunicación entre el paciente y mi persona.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

En el presente discurso el entrevistado menciona que ha tenido experiencias agradables y desagradables que la ayudaron a mejorar como profesional y como ser humano, los cuidados que brinda son de calidad y con calidez, fundamentados científicamente, define a los cuidados paliativos como aquel cuidado humanizado, holístico, multidimensional muchas veces condicionado: con el tiempo, la sobrecarga laboral, así como un cuidado basado en los principios éticos de no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía.

Reconoce que el síntoma más común de estos pacientes es el dolor, por lo general se maneja con fármacos como: codeína, tramal con gravol, y morfina.

Sin embargo para ella la atención de estos pacientes es difícil porque sabe que pueden fallecer en cualquier momento, en esos casos deja que pase más tiempo con el familiar y se dedica a otros pacientes. Cuando vio por primera vez fallecer a un paciente, se retiró del lugar y lloró, pero con el transcurso de los años le pareciera que ya no sientes lo mismo. Inconscientemente se bloquea para no encariñarse, es como un mecanismo de defensa.

Ha experimentado sentimientos de tristeza, frustración, impotencia y de satisfacción

Identifica ciertas limitaciones para brindar cuidados paliativos, la infraestructura deteriorada, no ser especialista en el área y por ello se encuentra cursando la especialidad en oncología.

En cuanto al aspecto espiritual refiere que ha dejado de lado orar con el paciente, pero que le sugiere al paciente y familiar hacerlo.

Menciona que educa al familiar en la atención al paciente, dependiendo de lo que el paciente necesita, sin embargo hay familiares que solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente. Considera que mayor protagonismo de esos cuidados lo tienen los enfermeros.

DISCURSO N° 02 VINCRISTINA

La principal experiencia para mí es el contacto directo con la muerte (1) y personalmente para mí no es muy agradable, por qué me causa temor, frustración y me provoca sentimientos encontrados (2) porque el paciente va a descansar y no va a sentir más dolor (3) pero por otro lado se inicia el dolor de los familiares y ante todo estos sentimientos de es imposible ser indiferente(4) porque siempre lo relacionó con un familiar cercano y eso me hace sufrir (5), he escuchado a varios médicos y enfermeras que bloquean sus sentimientos para evitar el sufrimiento propio(6) pero yo creo que nuestra carrera que es de humanismo es imposible ser indiferente (7), lo ideal es encontrar un punto medio donde no nos involucramos de manera íntima y personal pero que jamás perdamos la humanidad, la calidez en el trato, la compasión por el paciente y por la familia(8).

Cuando el paciente está sufriendo mayormente nosotros aplicamos la sedoanalgesia (9), pero creo que hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar(10). Anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan (11), en esos caso les pregunto si puedo hacerlo y ellos me lo permiten, después de eso sienten tranquilidad, pero ahora ya no podemos hacerlo, no podemos abrazarlos, solo decirles que lo sentimos mucho (12), pero siento que una acción vale más que las palabras, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos (13).

Para mí el cuidado paliativo es principalmente acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al pacientes sino a la familia(14), en el caso del paciente es aliviar su dolor físico y emocional(15), como ya he mencionado nosotros calmamos el dolor con la administración de analgésicos(16), pero también pueden tener dolor emocional (17), porque no sabemos cómo ha sido la relación con su familia, si han tenido un problema (18), nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlo y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos (19), de esa manera la familia se prepara para el duelo y poder cerrar ese capítulo porque creo que si te quedas con muchas cosas por decir y pierdes un familiar ya no se puede avanzar (20).

Me he dado cuenta de que el familiar está presente en algunos casos (21), y apoya en los cuidados básicos, como el cambio de postura, cambios de pañal, quiere participar en la alimentación por sonda nasogástrica (22), tratan de pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente, lo toman de la mano, le hablan, expresan sus sentimientos, preguntan que les administramos, están muy pendientes de sus pacientes (23).

El cuidado paliativo es acompañar en el proceso de la muerte y calmar el dolor lo podría resumir en esas dos palabras (24). Lamentablemente el médico sólo da las indicaciones (25), a veces de manera muy rápida informa el estado de salud al familiar y éste se queda con muchas dudas(26) , el familiar se queda con dudas o tiene miedo de preguntar al médico, porque cuando la enfermera entra a quien le pregunta es a la enfermera, todas las dudas que tiene nos las pregunta a nosotras (27), El año pasado contábamos con el psicólogo pero sólo fue por un tiempo(28), el capellán últimamente tampoco llega el servicio (29), los únicos que podemos brindar los cuidados al paciente es entre la enfermera y el técnico de enfermería(30).

Un 10% de los pacientes que atendemos son paliativos (31) y es totalmente diferente porque con una persona que llega para recibir quimioterapia, se moviliza puede hacer sus cosas por sí sólo, pero el paciente paliativo es completamente diferente (32) y lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que realmente se deben aplicar al paciente (33), porque a veces nos dedicamos atender sólo al paciente y ya no nos alcanza el tiempo para dedicarle a la familia (34). El paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo (35).

Los sentimientos que he podido experimentar han sido: impotencia que es parecido a la frustración por no poder hacer nada más (36); hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor (37). Ellos acuden a nosotros para calmar ese dolor y no podemos hacer nada por ellos (38). Cuando el paciente fallece, lo primero que siento es tristeza por la familia(39) porque el paciente ya está descansando, pero la familia me causa tristeza por el hecho de cómo queda (40), cuando el que fallece es el padre o la madre, los hijos se quedan solos, eso me causa angustia (41).

La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo(42), y la falta de medicamentos, cuando se agotan (43). Las indicaciones médicas no son tan adecuadas para el paciente y nosotros tenemos que colocar los rescates, nosotros tenemos que ingeniarnos o llamar a otro médico (44), es necesario un anestesiólogo en el equipo para que pueda dar las dosis necesarias (45) espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad de vida y tenga una muerte digna (46).

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. La principal experiencia para mí es el contacto directo con la muerte</p> <p>2. Personalmente para mí no es muy agradable, por qué me causa temor, frustración y me provoca sentimientos encontrados</p> <p>3. Porque el paciente va a descansar y no va a sentir más dolor</p> <p>4. Pero por otro lado se inicia el dolor de los familiares y ante todo estos sentimientos es imposible ser indiferente</p> <p>5. Porque siempre lo relacionó con un familiar cercano y eso me hace sufrir</p> <p>6. He escuchado a varios médicos y enfermeras que bloquean sus sentimientos para evitar el sufrimiento propio</p> <p>7. Yo creo que nuestra carrera que es de humanismo es imposible ser indiferente</p> <p>8. Lo ideal es encontrar un punto</p>	<p>1. La principal experiencia es el contacto directo con la muerte</p> <p>2. Para mí no es muy agradable, por qué me causa temor, frustración y me provoca sentimientos encontrados</p> <p>3. El paciente va a descansar y no va a sentir más dolor</p> <p>4. Por otro lado se inicia el dolor de los familiares y ante todo estos sentimientos es imposible ser indiferente</p> <p>5. Siempre lo relacionó con un familiar cercano y eso me hace sufrir</p> <p>6. Varios médicos y enfermeras bloquean sus sentimientos para evitar el sufrimiento propio</p> <p>7. En nuestra carrera que es de humanismo es imposible ser indiferente</p> <p>8. Lo ideal es encontrar un punto</p>

<p>medio donde no nos involucramos de manera íntima y personal pero que jamás perdamos la humanidad, la calidez en el trato, la compasión por el paciente y por la familia</p> <p>9. Cuando el paciente está sufriendo mayormente nosotros aplicamos la sedoanalgesia</p> <p>10. Creo que hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar</p> <p>11. Anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan</p> <p>12. En esos caso les pregunto si puedo hacerlo y ellos me lo permiten, después de eso sienten tranquilidad, pero ahora ya no podemos hacerlo, no podemos abrazarlos, solo decirles que lo sentimos mucho</p> <p>13. Pero siento que una acción vale más que las palabras, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos</p> <p>14. Para mí el cuidado paliativo es</p>	<p>medio donde no nos involucramos de manera íntima y personal pero que jamás perdamos la humanidad, la calidez en el trato, la compasión por el paciente y por la familia</p> <p>9. Cuando el paciente está sufriendo mayormente nosotros aplicamos la sedoanalgesia</p> <p>10. Hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar</p> <p>11. Anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan</p> <p>12. En esos caso les pregunto si puedo hacerlo y me lo permiten, después de eso sienten tranquilidad, pero ahora ya no podemos hacerlo, no podemos abrazarlos, solo decirles que lo sentimos mucho</p> <p>13. Siento que una acción vale más que las palabras, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos</p> <p>14. Para mí el cuidado paliativo es</p>
--	--

<p>principalmente acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al pacientes sino a la familia</p> <p>15. En el caso del paciente es aliviar su dolor físico y emocional</p> <p>16. Como ya he mencionado nosotros calmamos el dolor con la administración de analgésicos</p> <p>17. Pero también pueden tener dolor emocional</p> <p>18. Porque no sabemos cómo ha sido la relación con su familia, si han tenido un problema</p> <p>19. Nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlo y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos</p> <p>20. De esa manera la familia se prepara para el duelo y poder cerrar ese capítulo porque creo que si te quedas con muchas cosas por decir y pierdes un familiar ya no se puede avanzar</p> <p>21. Me he dado cuenta de que el familiar está presente en algunos</p>	<p>principalmente acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al pacientes sino a la familia</p> <p>15. En el caso del paciente es aliviar su dolor físico y emocional</p> <p>16. Nosotros calmamos el dolor con la administración de analgésicos</p> <p>17. También pueden tener dolor emocional</p> <p>18. No sabemos cómo ha sido la relación con su familia, si han tenido un problema</p> <p>19. Nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlo y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos</p> <p>20. De esa manera la familia se prepara para el duelo y poder cerrar ese capítulo porque creo que si te quedas con muchas cosas por decir y pierdes un familiar ya no se puede avanzar</p> <p>21. Me he dado cuenta de que el</p>
--	--

<p>casos</p> <p>22. Apoya en los cuidados básicos, como el cambio de postura, cambios de pañal, quiere participar en la alimentación por sonda nasogástrica</p> <p>23. Tratan de pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente, lo toman de la mano, le hablan, expresan sus sentimientos, preguntan que les administramos, están muy pendientes de sus pacientes</p> <p>24. El cuidado paliativo es acompañar en el proceso de la muerte y calmar el dolor lo podría resumir en esas dos palabras</p> <p>25. Lamentablemente el médico sólo da las indicaciones</p> <p>26. A veces de manera muy rápida informa el estado de salud al familiar y éste se queda con muchas dudas</p> <p>27. El familiar se queda con dudas o tiene miedo de preguntar al médico, porque cuando la enfermera entra a quien le pregunta es a la enfermera, todas las dudas que tiene nos las</p>	<p>familiar está presente en algunos casos</p> <p>22. Apoya en los cuidados básicos, como el cambio de postura, cambios de pañal, quiere participar en la alimentación por sonda nasogástrica</p> <p>23. Tratan de pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente, lo toman de la mano, le hablan, expresan sus sentimientos, preguntan que les administramos, están muy pendientes de sus pacientes</p> <p>24. El cuidado paliativo es acompañar en el proceso de la muerte y calmar el dolor</p> <p>25. Lamentablemente el médico sólo da las indicaciones</p> <p>26. A veces de manera muy rápida informa el estado de salud al familiar y éste se queda con muchas dudas</p> <p>27. El familiar se queda con dudas o tiene miedo de preguntar al médico, cuando la enfermera entra, le pregunta todas las dudas que tiene.</p>
--	---

<p>pregunta a nosotras</p> <p>28. El año pasado contábamos con el psicólogo pero sólo fue por un tiempo</p> <p>29. El capellán últimamente tampoco llega el servicio</p> <p>30. Los único que podemos brindar los cuidados al paciente es entre la enfermera y el técnico de enfermería</p> <p>31. Un 10% de los pacientes que atendemos son paliativos</p> <p>32. Y es totalmente diferente porque con una persona que llega para recibir quimioterapia, se moviliza puede hacer sus cosas por si sólo, pero el paciente paliativo es completamente diferente</p> <p>33. Y lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que realmente se deben aplicar al paciente</p> <p>34. Porque a veces nos dedicamos atender sólo al paciente y ya no nos alcanza el tiempo para dedicarle a la familia</p>	<p>28. El año pasado contábamos con el psicólogo pero sólo fue por un tiempo</p> <p>29. El capellán últimamente tampoco llega el servicio</p> <p>30. Los único que podemos brindar los cuidados al paciente es la enfermera y el técnico de enfermería</p> <p>31. Un 10% de los pacientes que atendemos son paliativos</p> <p>32. Es totalmente diferente porque con una persona que llega para recibir quimioterapia, se moviliza puede hacer sus cosas sólo, pero el paciente paliativo es completamente diferente</p> <p>33. Lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que requiere el paciente</p> <p>34. A veces atendemos sólo al paciente y no nos alcanza el tiempo para dedicarle a la familia</p>
---	---

<p>35. El paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo</p> <p>36. Los sentimientos que he podido experimentar han sido: impotencia que es parecido a la frustración por no poder hacer nada más</p> <p>37. Hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor</p> <p>38. Ellos acuden a nosotros para calmar ese dolor y no podemos hacer nada por ellos</p> <p>39. Cuando el paciente fallece, lo primero que siento es tristeza por la familia</p> <p>40. Porque el paciente ya esta descansando, pero la familia me causa tristeza por el hecho de cómo queda</p> <p>41. Cuando el que fallece es el padre o la madre, los hijos se quedan solos, eso me causa angustia</p> <p>42. La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo</p>	<p>35. El paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo</p> <p>36. Los sentimientos que he podido experimentar han sido: impotencia que es parecido a la frustración por no poder hacer nada más</p> <p>37. Hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor</p> <p>38. Ellos acuden a nosotros para calmar ese dolor y no podemos hacer nada por ellos</p> <p>39. Cuando el paciente fallece, lo primero que siento es tristeza por la familia</p> <p>40. El paciente ya esta descansando, pero la familia me causa tristeza.</p> <p>41. Cuando fallece el padre o la madre, los hijos se quedan solos, eso me causa angustia</p> <p>42. La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo</p>
--	---

<p>43. Y la falta de medicamentos, cuando se agotan</p> <p>44. Las indicaciones médicas no son tan adecuadas para el paciente y nosotros tenemos que colocar los rescates, nosotros tenemos que ingeniarnos o llamar a otro médico</p> <p>45. Es necesario un anestesiólogo en el equipo para que pueda dar las dosis necesarias</p> <p>46. Espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad de vida y tenga una muerte digna</p>	<p>43. Y la falta de medicamentos, cuando se agotan</p> <p>44. Las indicaciones médicas no son tan adecuadas para el paciente y nosotros tenemos que colocar los rescates, nosotros tenemos que ingeniarnos o llamar a otro médico</p> <p>45. Es necesario un anestesiólogo en el equipo para dar las dosis necesarias</p> <p>46. Espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad de vida y tenga una muerte digna</p>
--	--

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Cuando el paciente está sufriendo mayormente nosotros aplicamos la sedoanalgesia (9) Nosotros calmamos el dolor con la administración de analgésicos (16)</p> <p>Hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor (37)</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. El cuidado paliativo es principalmente acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al pacientes sino a la familia (14) en el caso del paciente es aliviar su dolor físico y emocional (15)</p>	<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Cuando el paciente está sufriendo mayormente nosotros aplicamos la sedoanalgesia, calmamos el dolor con la administración de analgésicos</p> <p>Hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor.</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. El cuidado paliativo es principalmente acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al paciente sino a la familia. En el caso del paciente es aliviar su dolor físico y emocional.</p>

<p>El cuidado paliativo es acompañar en el proceso de la muerte y calmar el dolor(24)</p> <p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Un 10% de los pacientes que atendemos son paliativos (31) El año pasado contábamos con el psicólogo pero sólo fue por un tiempo (28) El capellán últimamente tampoco llega el servicio (29), los único que podemos brindar los cuidados al paciente es la enfermera y el técnico de enfermería (30) El paciente paliativo es completamente diferente (32) Lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que necesita el paciente (33) Espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad de vida y tenga una muerte digna (46)</p>	<p>Acompañar en el proceso de la muerte y calmar el dolor.</p> <p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Un 10% de los pacientes que atendemos son paliativos. El año pasado contábamos con el psicólogo pero sólo fue por un tiempo, el capellán últimamente tampoco llega el servicio, los únicos que cuidamos al paciente somos los enfermeros y el técnico de enfermería. El paciente paliativo es completamente diferente. Lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que necesita el paciente. Espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad y el paciente tenga una muerte digna.</p>
---	---

BLOQUEO DESENTIMIENTOS

4. He escuchado a varios médicos y enfermeras que bloquean sus sentimientos para evitar el sufrimiento propio (6), creo que nuestra carrera es de humanismo es imposible ser indiferente (7)

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO

5. Los sentimientos que he podido experimentar han sido: impotencia que es parecido a la frustración por no poder hacer nada más (36) Para mí no es muy agradable, por qué me causa temor, frustración y me provoca sentimientos encontrados (2) Cuando el paciente fallece, lo primero que siento es tristeza por la familia (39) Siempre lo relacionó con un familiar cercano y eso me hace sufrir (5) Cuando el que fallece es el padre o la madre, los hijos se quedan solos, eso me causa angustia (41)

BLOQUEO DESENTIMIENTOS

4. He escuchado a varios médicos y enfermeras que bloquean sus sentimientos para evitar el sufrimiento propio, creo que nuestra carrera es de humanismo es imposible ser indiferente.

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO

5. Los sentimientos que he experimentado han sido: impotencia que es parecido a la frustración por no poder hacer nada más; no es agradable, me causa temor, frustración y me provoca sentimientos encontrados Cuando el paciente fallece, lo primero que siento es tristeza por la familia, siempre lo relacionó con un familiar cercano y eso me hace sufrir, cuando el que fallecees el padre o la madre, los hijos se quedan solos, eso me causa angustia

**DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA
EL CUIDADO AL FINAL DE LA
VIDA**

6. La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo (42) el paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo (35), la falta de medicamentos, cuando se agotan (43) Las indicaciones médicas no son tan adecuadas para el paciente y nosotros tenemos que colocar los rescates, nosotros tenemos que ingeniarnos o llamar a otro médico (44). A veces nos dedicamos atender sólo al paciente y no nos alcanza el tiempo para dedicarle a la familia (34) el paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo

**ACOMPañAMIENTO Y APOYO
ESPIRITUAL PERMANENTE**

7. Lo ideal es encontrar un punto medio donde no nos involucramos de manera íntima y personal pero que jamás perdamos la humanidad, la calidez en el trato, la compasión por el paciente y por

**DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA
EL CUIDADO AL FINAL DE LA
VIDA**

6. La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo dado que el paciente necesita más cuidados; la falta de medicamentos, cuando se agotan. Las indicaciones médicas no son tan adecuadas para el paciente y nosotros tenemos que colocar los rescates, tenemos que ingeniarnos o llamar a otro médico, el paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo

**ACOMPañAMIENTO Y APOYO
ESPIRITUAL PERMANENTE**

7. Lo ideal es encontrar un punto medio donde no nos involucramos de manera íntima y personal pero que jamás perdamos la humanidad, la calidez en el trato, la compasión por el paciente y por

<p>la familia (8) Creo que hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar(10) Anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan (11) Les pregunto si puedo abrazarlos y ellos me lo permiten, después de eso sienten tranquilidad, pero ahora ya no podemos hacerlo, solo decirles que lo sentimos mucho (12) Siento que una acción vale más que las palabras, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos (13) Nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlo y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos (19) Así la familia se prepara para el duelo y poder cerrar ese capítulo(20)</p>	<p>la familia, hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar, anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan, les pregunto si puedo abrazarlos y ellos me lo permiten, después de eso sienten tranquilidad, pero ahora ya no podemos hacerlo, solo decirles que lo sentimos mucho. Siento que una acción vale más que las palabras, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos. Nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlo y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos, así la familia se prepara para el duelo.</p>
--	--

**IMPORTANCIA DE LA
PREPARACIÓN DEL FAMILIAR
PARA EL CUIDADO PALIATIVO**

8. Me he dado cuenta de que el familiar está presente en algunos casos (21) Apoya en los cuidados básicos, como el cambio de postura, cambios de pañal, quiere participar en la alimentación por sonda nasogástrica (22) Tratan de pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente, lo toman de la mano, le hablan, expresan sus sentimientos, preguntan que les administramos, están muy pendientes de sus pacientes (23)

**ENFERMERO:
PROTAGONISTA DEL
CUIDADO**

9. Lamentablemente el médico solo da las indicaciones (25). El familiar se queda con dudas o tiene miedo de preguntar al médico, cuando la enfermera entra, le pregunta todas las dudas que tiene (27)

**IMPORTANCIA DE LA
PREPARACIÓN DEL FAMILIAR
PARA EL CUIDADO PALIATIVO**

8. El familiar está presente en algunos casos, apoya en los cuidados básicos, como el cambio de postura, cambios de pañal, quiere participar en la alimentación por sonda nasogástrica; tratan de pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente, lo toman de la mano, le hablan, expresan sus sentimientos, preguntan que les administramos, están muy pendientes de sus pacientes

**ENFERMERO:
PROTAGONISTA DEL
CUIDADO**

9. Lamentablemente el médico solo da las indicaciones. El familiar se queda con dudas o tiene miedo de preguntar al médico, cuando la enfermera entra, le pregunta todas las dudas que tiene

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

La entrevistada manifiesta que la principal experiencia que ha tenido es el contacto directo con la muerte, pero que por las medidas sanitarias ha dejado de lado el atender a la familia, el contener o abrazar.

Define a los cuidados paliativos como el acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al paciente sino a la familia; aliviar el dolor físico y emocional.

Para controlar el dolor oncológico, comenta que administran sedoanalgesia, sin embargo en algunos casos el dolor no cede a dosis máximas.

Los sentimientos que ha experimentado han sido: impotencia, frustración, tristeza, temor y angustia.

Expresa que la mayor dificultad como enfermera es que no le alcanza el tiempo para brindar todos los cuidados y en ocasiones la falta de medicamentos

En cuanto a la participación del familiar en el cuidado del paciente, menciona que está presente en algunos casos, apoyando en los cuidados básicos, procuran pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente. Como enfermera considera que una de sus intervenciones es acercar al paciente su familia, para resolver asuntos personales.

Finalmente supone que la instalación de una unidad de cuidados paliativos sería ideal para aplicar los cuidados necesarios al paciente oncológico terminal; puesto que se evidencia la ausencia de profesionales de salud como son psicólogos, psiquiatras, anestesiólogo, y el capellán

DISCURSO N° 03 FLUDARAVINA

Lo que hacemos es brindar cuidados de enfermería para que la persona sepa vivir con la enfermedad (1) y con el familiar es educarlos para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para aliviar el dolor físico y emocional (2).

Tenemos un contacto constante con el paciente podemos valorar sus características (3), muchas veces lo vemos inquieto, quejumbroso, y evaluamos como responde a los analgésicos(4), y con los que pueden comunicarse utilizamos la escalas del dolor (5), los medicamentos son infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico y se toman las decisiones farmacológicas (6). Los profesionales que atendemos a ese tipo de pacientes somos las enfermeras, técnicos y los médicos oncólogos, en el caso de los psicólogos o anestesiólogos solo vienen cuando se cursa la interconsulta (7).

El manejo del cuidado emocional es complicado, es una de las partes más difíciles de manejar (8), decirle a una persona que no se va a curar porque muchos de ellos se aferran a la Vida, en eso se recurre al personal de psicología o psiquiatría (9). Como enfermeras afianzamos su fe en Dios, y dependiendo de la religión que profesen (10). Antes recibían la visita de un sacerdote para que pueda darles la comunión, los santos óleos, pero ahora ya no contamos con la presencia de ningún sacerdote (11).

Al momento de brindar cuidados al paciente paliativo tenemos que ir pensando que con el alivio de algunos síntomas puede ir a casa (12), entonces es importante de que el familiar esté pendiente, aprendiendo de cómo se debe manejar ese paciente que es muy probable que vaya a casa (13). Les enseñamos como realizar los cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma (14). En algunas ocasiones si participan de los cuidados.(15)

El paciente paliativo requiere de cuidados más específicos que paciente que va a recibir quimioterapia, (16) por ello es se requiere más esfuerzo físico, en cuanto a lo emocional me afecta porque tenemos que ver a pacientes y familiares que no aceptan el pronóstico y por ende la muerte (17), nos preguntan a cada momento, nos llamas y piden que los atendamos con mayor frecuencia (18).

La principal emoción que siento es la tristeza (19), porque nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos y conocer de su Vida y su familia hace que nos involucremos con ellos. (20)

Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo como por ejemplo: psicólogo, psiquiatra (21) ó cuando se agotan los medicamentos, el familiar es quien tiene que comprarlos y no siempre tienen esa posibilidad (22). Otro aspecto es cuando el familiar quiere que el paciente siga con vida a pesar de todas las complicaciones que presenta, incluso con dolor que ya no se puede controlar (23).

Personalmente afrontar la muerte de este tipo de pacientes me causa mucha tristeza,(24) pero también de alivia al calmar su sufrimiento, verlos en una situación de desgaste físico es penoso, no me gusta ver a alguien sufrir.(25) Creo que en el hospital aún no se brindan los cuidados paliativos a un 100%(26), nos falta especialistas, y sería bueno ir formando el equipo para manejar a estos pacientes y podamos capacitarnos en estos cuidados de enfermería porque tenemos deficiencias(27).

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. Lo que hacemos es brindar cuidados de enfermería para que la persona sepa vivir con la enfermedad</p> <p>2. Y con el familiar es educarlos para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para aliviar el dolor físico y emocional</p> <p>3. Tenemos un contacto constante con el paciente podemos valorar sus características</p> <p>4. Muchas veces lo vemos inquieto, quejumbroso, y evaluamos como responde a los analgésicos</p> <p>5. Y con los que pueden comunicarse utilizamos la escala del dolor</p> <p>6. Los medicamentos son infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico y se toman las decisiones farmacológicas</p> <p>7. Los profesionales que</p>	<p>1. Brindamos cuidados de enfermería para que la persona sepa vivir con la enfermedad</p> <p>2. Con el familiar es educarlos para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para aliviar el dolor físico y emocional</p> <p>3. Tenemos un contacto constante con el paciente podemos valorar sus características</p> <p>4. Muchas veces lo vemos inquieto, quejumbroso, y evaluamos como responde a los analgésicos</p> <p>5. Con los que pueden comunicarse utilizamos la escala del dolor</p> <p>6. Los medicamentos son infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico y se toman las decisiones farmacológicas</p> <p>7. Los profesionales que</p>

<p>atendemos a ese tipo de pacientes somos las enfermeras, técnicos y los médicos oncólogos, en el caso de los psicólogos o anestesiólogos solo vienen cuando se cursa la interconsulta</p> <p>8. El manejo del cuidado emocional es complicado, es una de las partes más difíciles de manejar</p> <p>9. decirle a una persona que no se va a curar porque muchos de ellos se aferran a la vida, en eso se recurre al personal de psicología o psiquiatría</p> <p>10. Como enfermeras afianzamos su fe en Dios, y dependiendo de la religión que profesen</p> <p>11. Antes recibían la visita de un sacerdote para que pueda darles la comunión, los santos óleos, pero ahora ya no contamos con la presencia de ningún sacerdote</p> <p>12. Al momento de brindar cuidados al paciente paliativo tenemos que ir pensando que con el alivio de algunos síntomas puede ir a casa</p> <p>13. Entonces es importante de que el</p>	<p>atendemos a ese tipo de pacientes somos las enfermeras, técnicos y los médicos oncólogos, en el caso de los psicólogos o anestesiólogos solo vienen cuando se cursa la interconsulta</p> <p>8. El manejo del cuidado emocional es complicado, es una de las partes más difíciles de manejar</p> <p>9. Para decirle a una persona que no se va a curar, recurrimos al personal de psicología o psiquiatría porque muchos de ellos se aferran a la vida</p> <p>10. Las enfermeras afianzamos su fe en Dios, y dependiendo de la religión que profesen</p> <p>11. Antes recibían la visita de un sacerdote para que pueda darles la comunión, los santos óleos, pero ahora ya no contamos con la presencia de ningún sacerdote</p> <p>12. Al brindar cuidados al paciente paliativo tenemos que ir pensando que con el alivio de algunos síntomas puede ir a casa</p>
---	---

<p>familiar esté pendiente, aprendiendo de cómo se debe manejar ese paciente que es muy probable que vaya a casa</p> <p>14. Les enseñamos como realizarlos cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma</p> <p>15. Los familiares en algunas ocasiones si participan de los cuidados.</p> <p>16. El paciente paliativo requiere de cuidados más específicos que el paciente que va a recibir quimioterapia</p> <p>17. Por ello es se requiere más esfuerzo físico, en cuanto a lo emocional me afecta porque tenemos que ver a pacientes y familiares que no aceptan el pronóstico y por ende la muerte</p> <p>18. Nos preguntan a cada momento, nos llamas y piden que los atendamos con mayor frecuencia</p> <p>19. La principal emoción que siento</p>	<p>13. Es importante de que el familiar esté pendiente, aprendiendo e cómo manejar ese paciente que es muy probable que vaya a casa</p> <p>14. Les enseñamos como realizarlos cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma</p> <p>15. Los familiares en algunas ocasiones si participan de los cuidados.</p> <p>16. El paciente paliativo requiere de cuidados más específicos que el paciente que va a recibir quimioterapia</p> <p>17. Se requiere más esfuerzo físico, en cuanto a lo emocional me afecta porque tenemos que ver a pacientes y familiares que no aceptan el pronóstico y por ende la muerte</p> <p>18. Nos preguntan a cada momento, nos llamas y piden que los atendamos con mayor frecuencia</p> <p>19. La principal emoción que siento</p>
---	--

<p>es la tristeza</p> <p>20. Porque nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos y conocer de su vida y su familia hace que nos involucremos con ellos.</p> <p>21. Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo como por ejemplo: psicólogo, psiquiatra</p> <p>22. Cuando se agotan los medicamentos, el familiar es quien tiene que comprarlos y no siempre tienen esa posibilidad</p> <p>23. Otro aspecto es cuando el familiar quiere que el paciente siga con vida a pesar de todas las complicaciones que presenta, incluso con dolor que ya no se puede controlar</p> <p>24. Personalmente afrontar la muerte de este tipo de pacientes me causa mucha tristeza</p> <p>25. Pero también se alivia al calmar su sufrimiento, verlos en una</p>	<p>es la tristeza</p> <p>20. Nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos, conocer de su vida y su familia hace que nos involucremos con ellos.</p> <p>21. Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo</p> <p>22. Cuando se agotan los medicamentos, el familiar es quien tiene que comprarlos y no siempre tienen esa posibilidad</p> <p>23. Otro aspecto es cuando el familiar quiere que el paciente siga con vida a pesar de todas las complicaciones que presenta, incluso con dolor que ya no se puede controlar</p> <p>24. Personalmente afrontar la muerte de estos pacientes me causa mucha tristeza</p> <p>25. Se alivia al calmar su sufrimiento, verlos en una situación de</p>
---	--

<p>situación de desgaste físico es penoso, no me gusta ver a alguien sufrir.</p> <p>26. Creo que en el hospital aún no se brindan los cuidados paliativos a un 100%</p> <p>27. Nos falta especialistas, y sería bueno ir formando el equipo para manejar a estos pacientes y podamos capacitarnos en estos cuidados de enfermería porque tenemos deficiencias</p>	<p>desgaste físico es penoso, no me gusta verlos sufrir.</p> <p>26. Creo que en el hospital aún no se brindan los cuidados paliativos a un 100%</p> <p>27. Nos falta especialistas, sería bueno ir formando el equipo para manejar a estos pacientes y podamos capacitarnos en estos cuidados de enfermería porque tenemos deficiencias</p>
---	---

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Muchas veces lo vemos inquieto, quejumbroso, y evaluamos como responde a los analgésicos (4), con los que pueden comunicarse utilizamos la escalas del dolor (5) Los medicamentos son infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico y se toman las decisiones farmacológicas (6)</p> <p align="center">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>2. El paciente paliativo requiere de cuidados más específicos que el paciente que va a recibir quimioterapia (16)</p> <p>Creo que en el hospital aún no se</p>	<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Muchas veces lo vemos inquieto, quejumbroso, y evaluamos como responde a los analgésicos, con los que pueden comunicarse utilizamos la escalas del dolor, administramos infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico para tomar decisiones farmacológicas.</p> <p align="center">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>2. El paciente paliativo requiere de cuidados más específicos, creo que en el hospital aún no se brindan los cuidados paliativos a un 100%, nos falta especialistas, y sería</p>

brindan los cuidados paliativos a un 100% (26) Nos falta especialistas, y sería bueno ir formando el equipo para manejar a estos pacientes y podamos capacitarnos en estos cuidados de enfermería porque tenemos deficiencias (27)

**TRISTEZA, IMPOTENCIA Y
MIEDO**

3. La principal emoción que siento es la tristeza (19), nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos y conocer de su vida y su familia hace que nos involucremos con ellos. (20) Personalmente afrontar la muerte de estos pacientes me causa mucha tristeza (24) Verlos en una situación de desgaste físico es penoso, no me gusta ver a alguien sufrir. (25)

bueno ir formando el equipo para manejar a estos pacientes, capacitarnos en estos cuidados de enfermería porque tenemos deficiencias.

**TRISTEZA, IMPOTENCIA Y
MIEDO**

3. La principal emoción que siento es la tristeza, nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos y conocer de su vida y su familia hace que nos involucremos con ellos. Personalmente afrontar la muerte de este tipo de pacientes me causa mucha tristeza, verlos en una situación de desgaste físico es penoso, no me gusta ver a alguien sufrir.

DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA	DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA
<p>4. Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo(21) Cuando se agotan los medicamentos, el familiar es quien tiene que comprarlos y no siempre tienen esa posibilidad (22) Otro aspecto es cuando el familiar quiere que el paciente siga con vida a pesar de todas las complicaciones que presenta, incluso con dolor que ya no se puede controlar (23)</p>	<p>4. Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo, los medicamentos se agotan, y no siempre tienen posibilidad de comprarlos. Otro aspecto es cuando el familiar quiere que el paciente siga con vida a pesar de todas las complicaciones que presenta, incluso con dolor que ya no se puede controlar</p>
<p style="text-align: center;">ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p>	<p style="text-align: center;">ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p>
<p>5. El manejo del cuidado emocional es complicado, es una de las partes más difíciles de manejar (8) Como enfermeras afianzamos su fe en Dios, y dependiendo de la religión que profesen (10) Antes recibían la visita de un sacerdote para que pueda darles la comunión, los santos óleos, pero ahora ya no contamos con la presencia de</p>	<p>5. El manejo del cuidado emocional es complicado, es una de las partes más difíciles de manejar. Como enfermeras afianzamos su fe en Dios, y dependiendo de la religión que profesen, antes recibían la visita de un sacerdote para que pueda darles la comunión, los santos óleos, pero ahora ya no contamos con la presencia de</p>

<p>ningún sacerdote (11)</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>6. Educamos al familiar para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para aliviar el dolor físico (2) Es importante de que el familiar esté pendiente, aprendiendo de cómo manejar ese paciente que es muy probable que vaya a casa (13) Les enseñamos como realizar los cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma (14) Nos preguntan a cada momento, nos llamas y piden que los atendamos con mayor frecuencia (18)</p>	<p>ningún sacerdote.</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>6. Educamos al familiar para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para el dolor físico, es importante de que el familiar esté pendiente, aprendiendo de cómo cuidar al paciente cuando vaya a casa. Les enseñamos como realizar los cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma. Nos preguntan a cada momento, nos llamas y piden que los atendamos con mayor frecuencia.</p>
--	--

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

La participante refiere que resulta fundamental el brindar cuidados de enfermería para que la persona sepa vivir con la enfermedad, percibe que requiere más esfuerzo físico y emocional cuando atiende a un paciente oncológico terminal.

La principal emoción que ha sentido al brindar cuidados paliativos es la tristeza, al afrontar la muerte de estos pacientes, pues en ocasiones se ha involucrado con la situación por la atraviesa el paciente y familia.

Reconoce ciertas limitaciones para brindar estos cuidados, como son: el no contar con algunos profesionales para garantizar una buena atención como por ejemplo: psicólogos y psiquiatras. Otra limitación es cuando los medicamentos se agotan y los familiares no tienen posibilidad de comprarlos.

Considera que en el hospital aún no se brindan los cuidados paliativos a un 100%, debido a la ausencia de especialistas, por el contrario reconoce la necesidad de formar un equipo para manejo especializado de pacientes oncológicos terminales y recibir capacitación en estos cuidados de enfermería.

En cuanto al cuidado emocional del paciente menciona que es complicado, siendo una de las partes más difíciles de manejar, y para ello se recurre al personal de psicología o psiquiatría por medio de interconsultas que en ocasiones no son respondidas de forma oportuna. Así como tampoco cuentan con la presencia de un sacerdote para que pueda darles la comunión y santos óleos.

Referente al tratamiento para el dolor, administran infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico para tomar decisiones farmacológicas, sin embargo en ocasiones el dolor no se puede controlar.

Por último expresa que en algunas ocasiones los familiares participan de los cuidados, los educan para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para el dolor, cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, y reconocer los signos de alarma.

DISCURSO N° 04 FLUORACILO

De manera sentimental, ya que son pacientes que en cualquier momento van a fallecer, ya no los vas a volver a ver (1), la familia está sufriendo(2), a pesar que tu les das el trato para aliviar el dolor, poco a poco los vemos deteriorarse, y fallecen(3), como yahan creado una relación de amistad o cariño, te va dando pena de que el paciente no supere su enfermedad y te da tristeza(4).

Los cuidados que damos son básicamente el tratamiento de analgesia, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, morfina en último caso, endovenosa o subcutáneo (5). El tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo después con el tratamiento de terapia del dolor con interconsultas a anestesiología que ya te dejan las indicaciones específicas para administrar (6).

En la mayoría de los casos, el dolor es intenso y ahí sí necesitaría un tratamiento más fuerte, de más duración e intensidad (7).

Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o para cubrir en ese momento la necesidad que tiene el paciente, ya sabemos que no lo va a curar pero que lo va a aliviar en el momento (8).

Al brindar estos cuidados hay mayor carga emocional más que física (9), porque con otros pacientes, vas y colocas algún tratamiento, regresas por otro o cuando es quimioterapia de acuerdo al horario vas colocando quimios (10), pero ya con los pacientes terminales sólo los atienden en el momento y regresas en 2 o 3 horas, más es emocional que físico (11) . Los sentimientos que he experimentado han sido de impotencia ante la muerte sobretodo (12), porque a veces colocas una y otra cosa, llamas a un médico, te esfuerzas por el paciente y al final, fallece (13).

Aquí, en el servicio nosotros hacemos que el familiar participe del cuidado al paciente (14), así como nosotros estamos más cerca a su paciente, tienen más confianza, te avisan por si en algún momento surge una crisis (15).

En algunos casos, los familiares se interesan, te preguntan qué más pueden hacer, qué más le puedo brindar, qué puedo comprar, qué le podemos traer, pero no en todos(16).

Cuando el paciente es terminal, lo escuchamos, mayormente los familiares están con esa tristeza, ese dolor que no saben qué hacer en el momento, yo los escucho, hablo y converso con ellos, con qué más puedo ayudar (17).

La limitación que tenemos es que muchas veces en la institución no hay insumos farmacológicos que los familiares se incomodan cuando les decimos que los compren (18); y con la infraestructura, el material está deteriorado, viejo, obsoleto, debería haber un cambio(19).

En el servicio no se cuenta con un equipo de cuidados paliativos (20), solo para la terapia del dolor, como interconsulta hay un médico para terapia del dolor pero no hay un doctor permanente (21).

No veo un equipo permanente para cuidados paliativos (22). Los que nos encargamos de estos pacientes son los médicos oncólogos, los médicos residentes y enfermería más que otros profesionales (23). Esto nos limita porque tanto paciente como familiar, necesitan información o apoyo y a veces no lo tienen y a los que recurren más es con la enfermera y quieren que les informemos más de lo que los médicos les informan (24).

La primera vez que acompañé a un paciente a fallecer tuve una crisis, me dio una crisis tan grande que llegué a mi casa a llorar, lloré y lloré solita en mi casa hasta que ya me calmé (25), ahora sí veo pacientes, me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis cuidados (26). Yo tengo que protegerme del

sufrimiento (27). En el momento, preparamos al paciente con el personal técnico y hay un momento que los miro, les rezo y les digo que ya están descansando y que su familia está con ellos, y en ese momento voy asimilando que ellos ya no van a estar, que ya cumplieron su ciclo y que ya calmaron sus dolores (28).

Se debería formar un equipo de cuidados paliativos, con nosotras mismas, con los médicos porque sé que hay un programa de COPOHES que sé que por ahí se pueda crear, y que hayan psicólogos porque aquí tantos pacientes y familiares que no saben cómo enfrentar la situación, además de nutricionistas, ya que no se ve esto (29).

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. De manera sentimental, ya que son pacientes que en cualquier momento van a fallecer, ya no los vas a volver a ver</p> <p>2. La familia está sufriendo</p> <p>3. A pesar que tu les das el trato para aliviar el dolor, los vemos deteriorarse, y fallecen</p> <p>4. Como ya han creado una relación de amistad o cariño, te va dando pena de que el paciente no supere su enfermedad y te da tristeza</p> <p>5. Los cuidados que damos son básicamente el tratamiento de analgesia, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, morfina en último caso, endovenosa o subcutáneo</p> <p>6. El tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo después con el tratamiento de terapia del dolor con interconsultas a anestesiología que ya te dejan las indicaciones específicas para administrar</p> <p>7. En la mayoría de los casos, el dolor es intenso y ahí sí necesitaría un</p>	<p>1. De manera sentimental, son pacientes que en cualquier momento van a fallecer, ya no los vas a volver a ver</p> <p>2. La familia está sufriendo</p> <p>3. Se trata de aliviar el dolor, pero los vemos deteriorarse, y fallecen</p> <p>4. Se crea una relación de amistad o cariño, cuando el paciente no supera su enfermedad me causa tristeza</p> <p>5. Los cuidados que damos son para controlar el dolor, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, y morfina como última opción</p> <p>6. El tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo después con el anestesiólogo.</p> <p>7. En la mayoría de los casos, el dolor es intenso y ahí sí necesitaría un</p>

<p>tratamiento más fuerte, de más duración e intensidad</p> <p>8. Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o para cubrir en ese momento la necesidad que tiene el paciente, ya sabemos que no lo va a curar pero que lo va a aliviar en el momento</p> <p>9. Al brindar estos cuidados hay mayor carga emocional más que física</p> <p>10. porque con otros pacientes, vas y colocas algún tratamiento, regresas por otro o cuando es quimioterapia de acuerdo al horario vas colocando quimios</p> <p>11. Pero ya con los pacientes terminales sólo los atendemos en el momento y regresas en 2 o 3 horas, más es emocional que físico</p> <p>12. Los sentimientos que he experimentado han sido de impotencia ante la muerte sobretodo</p> <p>13. porque a veces colocas una y otra cosa, llamas a un médico, te esfuerzas por el paciente y al final, fallece</p> <p>14. Aquí, en el servicio</p>	<p>tratamiento más fuerte.</p> <p>8. Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o cubrir sus necesidades, ya sabemos que no lo va a curar pero que lo va a aliviar.</p> <p>9. Al brindar estos cuidados la carga emocional es mayor a la física</p> <p>10. A los pacientes que no son terminales, se administra el tratamiento de quimioterapia.</p> <p>11. A los pacientes terminales los atendemos por momentos y regresamos en 2 o 3 horas, el desgaste es más emocional que físico</p> <p>12. Los sentimientos que he experimentado han sido de impotencia ante la muerte</p> <p>13. Colocas una y otra cosa, llamas a un médico, te esfuerzas por el paciente y al final, fallece</p> <p>14. Hacemos que el familiar participe</p>
--	---

<p>nosotros hacemos que el familiar participe del cuidado al paciente</p> <p>15. así como nosotros estamos más cerca a su paciente, tienen más confianza, te avisan por si en algún momento surge una crisis</p> <p>16. En algunos casos, los familiares se interesan, te preguntan qué más pueden hacer, qué más le puedo brindar, qué puedo comprar, qué le podemos traer, pero no en todos</p> <p>17. Cuando el paciente es terminal, lo escuchamos, mayormente los familiares están con esa tristeza, ese dolor que no saben qué hacer en el momento, yo los escucho, hablo y converso con ellos, con qué más puedo ayudar</p> <p>18. La limitación que tenemos es que muchas veces en la institución no hay insumos farmacológicos que los familiares se incomodan cuando les decimos que los compren</p> <p>19. Con la infraestructura, el material está deteriorado, viejo, obsoleto, debería haber un cambio</p> <p>20. En el servicio no se cuenta con un equipo de cuidados paliativos</p>	<p>del cuidado al paciente</p> <p>15. Los enfermeros estamos más cerca al paciente, tienen más confianza, te avisan por si en algún momento surge una crisis.</p> <p>16. En algunos casos, los familiares se interesan, te preguntan qué más pueden hacer, pero no todos.</p> <p>17. Cuando el paciente es terminal, lo escuchamos, los familiares están tristes, yo los escucho y converso con ellos.</p> <p>18. La limitación que tenemos es que muchas veces no hay insumos farmacológicos, los familiares se incomodan cuando les decimos que los compren.</p> <p>19. La infraestructura, está deteriorada, equipos antiguos, obsoletos. Debería haber un cambio</p> <p>20. En el servicio no se cuenta con un equipo de cuidados paliativos</p>
--	--

<p>21. Solo para la terapia del dolor, como interconsulta hay un médico para terapia del dolor pero no hay un doctor permanente</p> <p>22. No veo un equipo permanente para cuidados paliativos</p> <p>23. Los que nos encargamos de estos pacientes son los médicos oncólogos, los médicos residentes y enfermería más que otros profesionales</p> <p>24. Esto nos limita porque tanto paciente como familiar, necesitan información o apoyo y a veces no lo tienen y a los querecurren más es con la enfermera y quieren que les informemos más de lo que los médicos les informan</p> <p>25. La primera vez que acompañé a un paciente a fallecer tuve una crisis, tan grande que llegué a mi casa a llorar, lloré y lloré solita en mi casa hasta que ya me calmé</p> <p>26. Ahora sí veo pacientes, me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis</p>	<p>21. Hay un médico para terapia del dolor pero no de manera permanente</p> <p>22. No veo un equipo permanente para cuidados paliativos</p> <p>23. Los que nos encargamos de estos pacientes son los médicos oncólogos, los médicos residentes y enfermería más que otros profesionales</p> <p>24. Esto nos limita porque tanto paciente como familiar, necesitan información o apoyo y a veces no lo tienen y recurren a la enfermera y quieren más información de lo que los médicos les dieron</p> <p>25. La primera vez que acompañé a un paciente a fallecer tuve una crisis tan grande que llegué a mi casa a llorar, lloré solita hasta que me calmé</p> <p>26. Ahora me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis cuidados</p>
---	---

<p>cuidados</p> <p>27. Yo tengo que protegerme del sufrimiento</p> <p>28. En el momento, preparamos al paciente con el personal técnico y hay un momento que los miro, les rezo y les digo que ya están descansando y que su familia está con ellos, y en ese momento voy asimilando que ellos ya no van a estar, que ya cumplieron su ciclo y que ya calmaron sus dolores</p> <p>29. Se debería formar un equipo de cuidados paliativos, con nosotras mismas, con los médicos porque sé que hay un programa de COPOHES que sé que por ahí se pueda crear, y que hayan psicólogos porque hay tantos pacientes y familiares que no saben cómo enfrentar la situación, además de nutricionistas, ya que no se ve esto</p>	<p>27. Tengo que protegerme del sufrimiento</p> <p>28. Preparamos al paciente con el personal técnico y hay un momento que los miro, les rezo y les digo que ya están descansando y que su familia está con ellos, y en ese momento voy asimilando que ellos ya no van a estar, que cumplieron su ciclo y calmaron sus dolores</p> <p>29. Se debería formar un equipo de cuidados paliativos, con nosotras mismas, con los médicos, psicólogos porque hay tantos pacientes y familiares que no saben cómo enfrentar la situación, además de nutricionistas.</p>
---	---

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Los cuidados que damos son para controlar el dolor, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, y morfina como última opción (5), el tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo después con el anestesiólogo. (6) En la mayoría de los casos, el dolor es intenso y ahí sí necesitaría un tratamiento más fuerte. (7)</p> <p style="text-align: center;">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o cubrir sus necesidades, sabemos que no lo va a curar pero lo va a aliviar. (8)</p>	<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Los cuidados que damos son para control el dolor, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, y morfina como última opción, el tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo después con el anestesiólogo. En la mayoría de casos, el dolor es intenso y se necesita un tratamiento más fuerte.</p> <p style="text-align: center;">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o para cubrir sus necesidades, sabemos que no lo va a curar pero lo va a</p>

<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. En el servicio no se cuenta con un equipo de cuidados paliativos (20), hay un médico para terapia del dolor pero no es permanente (21) No veo un equipo permanente para cuidados paliativos (22) Se debería formar un equipo de cuidados paliativos, con nosotras mismas, con los médicos, psicólogos porque hay tantos pacientes y familiares que no saben cómo enfrentar la situación (29)</p> <p style="text-align: center;">BLOQUEO DE SENTIMIENTOS</p> <p>4. Ahora me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis cuidados (26) Tengo que protegerme del sufrimiento (27)</p>	<p>aliviar.</p> <p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos, hay un médico para terapia del dolor pero no es permanente, se debería formar un equipo de cuidados paliativos, con nosotras mismas, con médicos, nutricionistas y psicólogos porque hay pacientes y familiares que no saben cómo enfrentar la situación.</p> <p style="text-align: center;">BLOQUEO DE SENTIMIENTOS</p> <p>4. Ahora me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis cuidados. Tengo que protegerme del sufrimiento</p>
---	--

**TRISTEZA, IMPOTENCIA Y
MIEDO**

5. Los sentimientos que he experimentado han sido de impotencia ante la muerte (12), se crea una relación de amistad o cariño, cuando el paciente no supera su enfermedad me causa tristeza (4) La primera vez que acompañé a un paciente a fallecer tuve una crisis tan grande que llegué a mi casa a llorar, lloreé solita hasta que me calmé (25)

**DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA
EL CUIDADO AL FINAL DE LA
VIDA**

6. La limitación que tenemos es que muchas veces no hay insumos farmacológicos, los familiares se incomodan cuando les decimos que los compren. (18) La infraestructura, está deteriorada, equipos antiguos, obsoletos. Debería haber un cambio (19)

**TRISTEZA, IMPOTENCIA Y
MIEDO**

5. Los sentimientos que he experimentado han sido de impotencia ante la muerte, se crea una relación de amistad o cariño, cuando el paciente no supera su enfermedad me causa tristeza. La primera vez que acompañé a un paciente a fallecer tuve una crisis tan grande que llegué a mi casa a llorar, lloreé solita.

**DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA
EL CUIDADO AL FINAL DE LA
VIDA**

6. La limitación que tenemos es que muchas veces no hay insumos farmacológicos, la infraestructura, está deteriorada, equipos antiguos, obsoletos. Debería haber un cambio.

<p>ACOMPañAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>7. Cuando el paciente es terminal, lo escuchamos, los familiares están tristes, yo los escucho, hablo y converso con ellos. (17) Preparamos al paciente con el personal técnico y hay un momento que los miro, les rezo y les digo que ya están descansando y que su familia está con ellos, yen ese momento voy asimilando que ellos ya no van a estar, que ya cumplieron su ciclo y que ya calmaron sus dolores (28)</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>8. Hacemos que el familiar participe del cuidado al paciente (14) En algunos casos, los familiares se interesan, te preguntan qué más pueden hacer, pero no todos. (16)</p> <p>ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO</p> <p>9. Los que nos encargamos de estos</p>	<p>ACOMPañAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>7. Escuchamos al paciente, los familiares suelen estar tristes, converso con ellos. Preparamos al paciente con el personal técnico y hay un momento que los miro, rezo y les digo que ya están descansando y que su familia está con ellos, en ese momento voy asimilando que ellos ya no van a estar, y que ya calmaron su dolor.</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>8. Hacemos que el familiar participe del cuidado al paciente, En algunos casos se interesan, pero notodos.</p> <p>ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO</p> <p>9. Los que nos encargamos de estos pacientes son los médicos</p>
--	---

<p>pacientes son los médicos oncólogos, los médicos residentes y enfermería más que otros profesionales (23) Los enfermeros estamos más cerca al paciente, tienen más confianza, te avisan por si surge una crisis. (15)</p>	<p>oncólogos, los médicos residentes y enfermería más que otros profesionales, los enfermeros estamos más cerca al paciente, tienen más confianza, te avisan por si surge una crisis.</p>
--	---

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

La entrevistada refiere que los cuidados que brinda al paciente oncológico terminal son para controlar el dolor; administra medicamentos tales como: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, y morfina como última opción. En la mayoría de los casos, el dolor es intenso y se requiere la evaluación por anestesiología.

Define a los cuidados paliativos como acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o para cubrir sus necesidades, cuidados que hacen que la carga emocional sea mayor a la física.

Reconoce la importancia de escuchar al paciente y familiar, rezar con ellos, permitiéndole así asimilar el proceso de duelo.

Los sentimientos que ha experimentado han sido de impotencia ante la muerte, pues se tiende a crear una relación de amistad o cariño; tristeza cuando el paciente no supera a la enfermedad, sin embargo con el tiempo se considera una persona más fuerte emocionalmente.

Manifiesta que una de las limitaciones es la escasez de insumos farmacológicos, la infraestructura deteriorada, equipos antiguos y obsoletos.

A lo anteriormente mencionado se suma que no cuentan con un equipo de cuidados paliativos, sin embargo cuando el paciente y familiar, necesitan información o apoyo y a los que recurren son a las enfermeras por encontrarse cercanos al paciente.

DISCURSO N° 05 TRASTUZUMAB

En mi experiencia que he tenido brindando cuidados paliativos, es que el paciente se pone bastante mal, débil emocionalmente, en donde la familia tiene que entrar bastante atallar ahí(1), yo pienso que, si el cuidado paliativo se brinda en un hogar o en casa, al paciente le iría mejor(2), porque el estar al lado de su familia le ayuda anímicamente, hasta estar en contacto con Dios, recibir el apoyo espiritual de algún sacerdote o si es testigo o evangélico se le dice a su pastor(3). Acá cómo al paciente uno lo ve mal emocionalmente, tienen miedo a la muerte, a veces te preguntan, ¿señorita estoy mal?

¿me voy a morir? (4). Una como es enfermera le dice que tiene que conversar con su médico(5). Pero ya cuando ellos están totalmente preparados yo creo que les va mucho mejor, lo asimilan mejor, lo aceptan mejor y viven mejor(6). Para empezar se les da su nutrición parenteral o nutrición enteral (7) , a veces son quimios-paliativas, mayormente (8) para todos los que están con paliativo es “terapia del dolor”, también se les administra sus bombas elastoméricas, se coordina con el médico las interconsultas a anestesiología, para la terapia del dolor, ó infusiones endovenosas(9). Se les da quimioterapia, nutrición y para el dolor, pero en cuanto a lo espiritual o a lo familiar se ha dejado debido a la pandemia (10).

Implica mayor desgaste emocional porque con tan sólo ver al paciente en estado crítico, con sólo ver la fase del paciente, me siento triste (11) o por el estado en el que se encuentra el paciente y a veces los médicos no les dicen, no les explican bien o de repente no sabe llegar bien al paciente, porque hay pacientes que dicen, “el médico noles ha explicado nada” a veces les explicas y ellos no entienden (12). Y a mí me afecta ver a un paciente en ese estado, ya paliativo (13).

Bueno aparte de qué uno siente un poco de impotencia de no poder hacer más por el paciente(14), a veces uno quiere explayarse en lo que le va a pasar o darle un apoyo y a veces la familia no quiere, no acepta, porque hay pacientes que vienen que ya están mal y la familia no acepta que el paciente está mal (15), entonces es bastante limitante el cuidado paliativo, hay que tener mucha cautela de lo que vas a decir, qué es lo que no

puedes decirles(16) y como el paciente de difícil acceso también, me da pena me da impotencia hay que tener bastante habilidad para poderles poner sus tratamientos(17).

Yo pienso que todos los familiares no son iguales hay familiares que son muy apegados al paciente y les brindan todo su cariño y todo su amor y tú sabes llegar a ellos(18), pero como también hay familiares que piensan que viniendo a imponer o a gritar van a arreglar todo lo que no se puede arreglar en el paciente, hay algunos que son gritones (19) hay otros también que ni llegan a verlos, los abandonan, y es ahí donde uno tiene que entrar a tallar, en brindar ese apoyo ese cariño que la familia tiene que dar(20).

Mis limitaciones en el cuidado del paciente paliativo son mayormente con el familiar (21) porque el familiar a veces no quiere aceptar la realidad o no hay familiares con quien contar el apoyo (22) porque el paciente paliativo es un paciente que depende todo de la enfermera o del familiar es un paciente totalmente dependiente de nosotros(23). No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos (24) y cuando el paciente es enviado a casa, no hay psicólogos, no hay nutricionista, el médico no va y la enfermera cubre un 25% de lo que debería de ser realmente (25)

Cuando va a ocurrir la muerte de un paciente oncológico hay ciertas características, síntomas que te avisan que el paciente está agónico(26), finalmente es el médico quien decide que se va administrar y que no(27), cuando el paciente está agónico da pena, tristeza, hay que asimilar y empatizar con la familia para irles diciendo y yo pienso que en ese momento familiar debe de estar presente(28) , Yo pienso que el familiar tiene que estar presente y aceptar la realidad de lo que está sucediendo(29)

Para mí los cuidados paliativos son los últimos cuidados que deberíamos de brindar al paciente cuando ya está en la fase terminal para al menos llevar una buena calidad de vida (30), que él se sienta mejor, que no tenga dolor, para mí eso es lo más importante, que el paciente no tenga dolor, que esté al lado de su familia y no sienta dolor(31). Eso es lo mínimo que podemos brindarle a un paciente para que se vaya tranquilo y que acepte que Dios lo está llamando su lado (32), yo me siento feliz cuando el paciente acepta el llamado del señor que ya la vida se acabó y que va a ir a otra vida mejor(33)

Me gustaría que a través de este proyecto se tenga en cuenta que el cuidado paliativo del paciente oncológico en domicilio sea manejado por enfermeras de oncología no por enfermas de otros servicios que no conocen la realidad del paciente (34), no conocen al paciente, no conocen la especialidad del oncología (35)

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. En mi experiencia que he tenido brindando cuidados paliativos, es que el paciente se pone bastante mal, débil emocionalmente, en donde la familia tiene que entrar bastante a tallar ahí</p> <p>2. Yo pienso que, si el cuidado paliativo se brinda en un hogar o en casa, al paciente le iría mejor</p> <p>3. Porque el estar al lado de su familia le ayuda anímicamente, hasta estar en contacto con Dios, recibir el apoyo espiritual de algún sacerdote o si es testigo o evangélico se le dice a su pastor</p> <p>4. Acá cómo al paciente uno lo ve mal emocionalmente, tienen miedo a la muerte, a veces te preguntan, ¿señorita estoy mal? ¿me voy a morir?</p> <p>5. Una como es enfermera le dice que tiene que conversar con su médico</p> <p>6. Pero ya cuando ellos están totalmente preparados yo creo que les va mucho mejor, lo asimilan mejor, lo</p>	<p>1. En mi experiencia brindando cuidados paliativos, el paciente se pone bastante mal, débil emocionalmente y la familia tiene que involucrarse bastante.</p> <p>2. Pienso que si el cuidado paliativo se brindara en un hogar, al paciente le iría mejor</p> <p>3. Estar al lado de su familia le ayuda anímicamente, estar en contacto con Dios, recibir el apoyo espiritual de algún sacerdote o pastor</p> <p>4. Al paciente lo vemos mal emocionalmente, tienen miedo a la muerte, a veces te preguntan, ¿señorita estoy mal? ¿me voy a morir?</p> <p>5. Como enfermera le dices que tiene que conversar con su médico</p> <p>6. Cuando ellos están totalmente preparados, les va mucho mejor, lo asimilan, lo aceptan y viven mejor</p>

<p>aceptan mejor y viven mejor</p> <p>7. Para empezar se les da su nutrición parenteral o nutrición enteral</p> <p>8. A veces son quimios-paliativas, mayormente</p> <p>9. Para todos los que están con paliativo es “terapia del dolor”, también se les administra sus bombas elastoméricas, , se coordina con el médico las interconsultas a anestesiología ó infusiones endovenosas</p> <p>10. Se les da quimioterapia, nutrición y para el dolor, pero en cuanto a lo espiritual o a lo familiar se ha dejado debido a la pandemia</p> <p>11. Implica mayor desgaste emocional porque con tan sólo ver al paciente en estado crítico, con sólo ver la fase del paciente, me siento triste</p> <p>12. o por el estado en el que se encuentra el paciente y a veces los médicos no les dicen, no les explican bien o de repente no sabe llegar bien al paciente, porque hay pacientes que dicen, “el médico no les ha explicado nada” a veces les explicas y ellos no entienden</p> <p>13. Y a mí me afecta ver a un paciente</p>	<p>7. Se les da su nutrición parenteral o nutrición enteral</p> <p>8. Reciben quimios-paliativas, mayormente</p> <p>9. Para el paciente con cuidados paliativos es “terapia del dolor”, se les instala bombas elastoméricas, , se coordina con el médico las interconsultas a anestesiología, ó infusiones endovenosas</p> <p>10. Se les da quimioterapia, nutrición y para el dolor, pero en cuanto a lo espiritual o a lo familiar se ha dejado debido a la pandemia</p> <p>11. Implica mayor desgaste emocional porque tan sólo ver al paciente en estado crítico, me siento triste</p> <p>12. A veces los médicos no les explican bien o de repente no saben llegar bien al paciente, porque hay pacientes que me dicen, que el médico no les ha explicado nada.</p> <p>13. A mí me afecta ver a un paciente terminal</p>
---	---

<p>en ese estado, ya paliativo</p> <p>14. Bueno aparte de qué uno siente un poco de impotencia de no poder hacer más por el paciente</p> <p>15. A veces uno quiere explayarse en o darle un apoyo y a veces la familia no quiere, no acepta, porque hay pacientes que vienen que ya están mal y la familia no acepta que el paciente está mal</p> <p>16. Entonces es bastante limitante el cuidado paliativo, hay que tener mucha cautela de lo que vas a decir, qué es lo que no puedes decirles</p> <p>17. Y como el paciente de difícil acceso también, me da pena me da impotencia hay que tener bastante habilidad para poderles poner sus tratamientos</p> <p>18. Yo pienso que todos los familiares no son iguales hay familiares que son muy apegados al paciente y les brindan todo su cariño y todo su amor y tú sabes llegar a ellos</p> <p>19. Pero como también hay familiares qué piensa qué viniendo a imponer o a gritar van a arreglar todo lo que no se puede arreglar en el paciente</p> <p>20. Hay otros también que ni llegan a</p>	<p>14. Se siente un poco de impotencia de no poder hacer más por el</p> <p>15. Quiero orientarlos o apoyarlos y a veces la familia no quiere, no acepta que el paciente está mal</p> <p>16. Es bastante limitante brindar cuidados paliativos, hay que tener mucha cautela de lo que vas a decir, y qué es lo que no puedes decirles</p> <p>17. El paciente es de difícil acceso, me da pena, impotencia, hay que tener bastante habilidad para administrar su tratamiento</p> <p>18. Todos los familiares no son iguales hay quienes son muy apegados al paciente y les brindan todo su cariño, amor y tú sabemos llegar a ellos</p> <p>19. Hay familiares qué piensa qué gritando van a arreglar todo.</p> <p>20. Hay familiares que no llegan a verlos, los abandonan, y es ahí donde se brinda el apoyo y cariño que la</p>
--	---

<p>verlos, los abandonan, y es ahí donde uno tiene que entrar a tallar, en brindar ese apoyo ese cariño que la familia tiene que dar</p> <p>21. Mis limitaciones en el cuidado del paciente paliativo son mayormente con el familiar</p> <p>22. Porque el familiar a veces no quiere aceptar la realidad o no hay familiares con quien contar el apoyo</p> <p>23. Porque el paciente paliativo es un paciente que depende todo de la enfermera o del familiar es un paciente totalmente dependiente de nosotros</p> <p>24. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos</p> <p>25. Cuando el paciente es enviado a casa, no hay psicólogos, no hay nutricionista, el médico no va y la enfermera cubre un 25% de lo que debería de ser realmente</p> <p>26. Cuando va a ocurrir la muerte de un paciente oncológico hay ciertas características, síntomas que te avisan que el paciente está agónico</p> <p>27. Finalmente es el médico quien decide que se va administrar y que no</p> <p>28. cuando el paciente está agónico</p>	<p>familia tiene que dar</p> <p>21. Mis limitaciones en el cuidado del paciente paliativo son mayormente con el familiar</p> <p>22. El familiar a veces no quiere aceptar la realidad o no hay familiares con quienes contar</p> <p>23. El paciente paliativo depende para todo de la enfermera o del familiar, es un paciente totalmente dependiente de nosotros</p> <p>24. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos</p> <p>25. Cuando el paciente es enviado a casa, no hay psicólogos, no hay nutricionista, el médico no va y la enfermera cubre un 25% de los cuidados que necesita</p> <p>26. Cuando va a ocurrir la muerte de un paciente oncológico hay ciertas características, síntomas que te avisan que el paciente está agónico</p> <p>27. Finalmente es el médico quien decide que se va administrar y que no</p> <p>28. Cuando el paciente está agónico causa tristeza, hay que asimilarlo y</p>
---	--

<p>da, tristeza, hay que asimilar y empatizar con la familia y yo pienso que en ese momento el familiar debe de estar presente</p> <p>29. Yo pienso que el familiar tiene que estar presente y aceptar la realidad de lo que está sucediendo</p> <p>30. Para mí los cuidados paliativos son los últimos cuidados que deberíamos de brindar al paciente cuando ya está en la fase terminal para al menos llevar una buena calidad de vida</p> <p>31. que él se sienta mejor, qué no tenga dolor, para mí eso es lo más importante, que el paciente no tenga dolor, que esté al lado de su familia y no sienta dolor</p> <p>32. Eso es lo mínimo que podemos brindarle a un paciente para que se vaya tranquilo y que acepte que Dios lo está llamando a su lado</p> <p>33. yo me siento feliz cuando el paciente acepta el llamado del señor que ya la vida se acabó y que va a ir a otra vida mejor</p> <p>34. Me gustaría que a través de este proyecto se tenga en cuenta que el cuidado paliativo del paciente</p>	<p>empatizar con la familia.</p> <p>29. El familiar tiene que estar presente y aceptar la realidad de lo que está sucediendo</p> <p>30. Los cuidados paliativos son los últimos cuidados que deberíamos de brindar al paciente en fase terminal, para brindarle calidad de vida</p> <p>31. Que el paciente se sienta mejor y no tenga dolor, para mí es lo más importante que esté al lado de su familia</p> <p>32. Eso es lo mínimo que podemos brindarle a un paciente para que se vaya tranquilo y acepte que Dios lo está llamando a su lado</p> <p>33. Me siento feliz cuando el paciente acepta el llamado del señor que ya la vida se acabó y que va a ir a otra vida mejor</p> <p>34. Me gustaría que a través de este proyecto se tenga en cuenta que el cuidado paliativo del paciente oncológico en domicilio sea manejado</p>
---	---

<p>oncológico en domicilio sea manejado por enfermeras de oncología no por enfermeras que no conocen la realidad del paciente.</p>	<p>por enfermeras de oncología no por enfermeras de otros servicios que no conocen la realidad del paciente</p>
--	---

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Para el paciente con cuidados paliativos es “terapia del dolor”, se les instala bombas elastoméricas, se coordina con el médico las interconsultas a anestesiología, ó infusiones endovenosas</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Los cuidados paliativos son los últimos cuidados que deberíamos de brindar al paciente en fase terminal, para brindarle calidadde vida(30) Que el paciente sesienta mejor y no tenga dolor, para mí es lo más importante queesté al lado de su familia(31)</p>	<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Para el paciente con cuidados paliativos es “terapia del dolor”, se les instala bombas elastoméricas, , se coordina la interconsulta a anestesiología, ó infusiones endovenosas</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Los cuidados paliativos son los últimos cuidados que deberíamos de brindar al paciente en fase terminal, dar calidad de vida. Que él se sienta mejor, no tenga dolor y que esté al lado de su familia para mí eso es lo más importante.</p>

**NECESIDAD DE UNA UNIDAD
DE CUIDADOS PALIATIVOS
Y UN EQUIPO DE SALUD
ESPECIALIZADO**

3. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos (24) Cuando el paciente va a casa, no hay psicólogos, nutricionista, el médico no va y la enfermera cubre un 25% de los cuidados necesarios (25)

**TRISTEZA, INPOTENCIA Y
MIEDO**

4. Implica mayor desgaste emocional porque ver al paciente en estado crítico, me siento triste (11), A mí me afecta ver a un paciente terminal(13), Se siente un poco de impotencia de no poder hacer más por el(14) Cuando el paciente está agónico causa tristeza, hay que asimilarlo y empatizar con la familia(28). Me siento feliz cuando el paciente acepta el llamado del señor (33)

**NECESIDAD DE UNA UNIDAD
DE CUIDADOS PALIATIVOS
Y UN EQUIPO DE SALUD
ESPECIALIZADO**

3. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos, cuando el paciente va a casa, no hay psicólogos, nutricionista, el médico no va y la enfermera cubre un 25% de los cuidados necesarios

**TRISTEZA, INPOTENCIA Y
MIEDO**

4. Implica mayor desgaste emocional porque ver al paciente en estado crítico, me causa tristeza, me afecta ver a un paciente terminal, siento impotencia de no poder hacer más por él.

<p style="text-align: center;">DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>5. Es bastante limitante brindar cuidados paliativos, hay que tener mucha cautela de lo que vas a decir, y qué es lo que no puedes decirles (16) Mis limitaciones en el cuidado del paciente paliativo son mayormente con el familiar (21) El familiar a veces no quiere aceptar la realidad o no hay familiares con quien contar (22); Finalmente es el médico quien decide que se va administrar y que no (27)</p> <p>ACOMPañAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. En cuanto a lo espiritual al familiar se ha dejado de lado debido a la pandemia (10) lo mínimo que podemos brindarle a un paciente para que acepte que Dios lo está llamando su lado (32) estar en contacto con Dios, recibir el apoyo espiritual de algún sacerdote o pastor.</p>	<p style="text-align: center;">DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>5. Es bastante limitante brindar cuidados paliativos, hay que tener mucha cautela de lo que vas a decir, y qué es lo que no puedes decirles Mis limitaciones en el cuidado del paciente paliativo son mayormente con el familiar y a veces no quiere aceptar la realidad o no hay familiares con quienes contar.</p> <p>ACOMPañAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. En cuanto a lo espiritual al familiar se ha dejado de lado debido a la pandemia, lo mínimo que podemos brindarle a un paciente para que acepte el llamado de Dios, recibir el apoyo espiritual de algún sacerdote o pastor.</p>
---	--

**IMPORTANCIA DE LA
PREPARACIÓN DEL FAMILIAR
PARA EL CUIDADO PALIATIVO**

7. El estar al lado de su familia le ayuda anímicamente (3) Todos los familiares no son iguales hay familiares que son muy apegados al paciente y les brindan todo su cariño, amor y tú sabes llegar a ellos (18). Hay familiares que piensan que viniendo a imponer o a gritar van a arreglar todo lo que no se puede arreglar en el paciente, hay algunos que son gritones (19), hay otros que no llegan a verlos, los abandonan, y es ahí donde se brinda ese apoyo, ese cariño que la familia tiene que dar (20)

**ENFERMERO: PROTAGONISTA
DEL CUIDADO**

8. El paciente paliativo depende de todo de la enfermera o del familiar, es un paciente totalmente dependiente de nosotros (23)

**IMPORTANCIA DE LA
PREPARACIÓN DEL FAMILIAR
PARA EL CUIDADO PALIATIVO**

7. El estar al lado de su familia le ayuda anímicamente. Hay familiares que son muy apegados al paciente y les brindan todo su cariño, amor, hay familiares que piensan que imponiendo o gritando van a resolver todo lo que no se puede.

**ENFERMERO: PROTAGONISTA
DEL CUIDADO**

8. El paciente paliativo depende de la enfermera o del familiar, es un paciente totalmente dependiente de nosotros

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

La entrevistada percibe que brindar los cuidados paliativos en el hogar del paciente sería lo más adecuado, considera que el acompañamiento de la familia durante la etapa final de la vida es lo más importante; refiere que la mayoría de estos pacientes se encuentran afectados emocionalmente, preguntan con frecuencia si van a fallecer, también refiere que le gustaría conversar sobre ello con el paciente pero los familiares lo impiden y hasta no aceptan el pronóstico del paciente. Señala que el paciente en etapa terminal es dependiente en su totalidad del enfermero o del familiar.

El manejo del dolor del paciente que recibe cuidados paliativos lo realiza el anestesiólogo quien acude por medio de las interconsultas dirigidas al servicio de terapia del dolor. El tratamiento se administra por vía sub cutánea utilizando bombas elastoméricas, o infusiones endovenosas.

Manifiesta que el cuidar del paciente oncológico en etapa terminal implica mayor desgaste emocional, en muchas ocasiones este contacto con el paciente le causa tristeza, e impotencia el no conseguir una cura a su enfermedad; al mismo tiempo reconoce la importancia de mostrarse empático con él y con sus familiares.

La entrevistada menciona que existen algunas limitaciones para atender a los pacientes que requiere cuidados paliativos; en cuanto a la familia, en ocasiones no se encuentran presentes para tomar decisiones o apoyar en el cuidado; referente al equipo de salud, no estaría conformado por los profesionales necesarios de un equipo de cuidados paliativos, como psicólogos, nutricionista, anestesiólogo, y especialistas en estos cuidados.

Considera que recibir apoyo espiritual por parte de un sacerdote o pastor, según la creencia del paciente, es importante para aceptar el llamado de Dios y por ende conseguir su tranquilidad emocional. Lamentablemente durante el estado de emergencia estas acciones han sido difíciles de realizar.

DISCURSO N° 06 CICLOFOSFAMIDA

En cuanto a la experiencia que he tenido con los pacientes oncológicos en etapa terminal es que necesitan mucho apoyo para poder llevar esta etapa lo mejor posible (1), pero sin embargo veo que la burocracia del hospital, de los servicios no le dan una atención adecuada (2), por ejemplo, he tenido la oportunidad de tener a cargo a pacientes en etapa terminal que se les ha llevado a casa con un tratamiento, incluso se les apoyó con el programa de COPHOES, pero el tiempo que te dan es muy poco y aparte si tu aportas otras cosas, te observan (3), entonces acá la situación es que al paciente de etapaterminal tienes que calmar el dolor que es lo principal porque es lo que más sufren y sobretodo darles la tranquilidad(4), a veces tenía la experiencia que iban a su casa y le daban, no por el médico de la especialidad sino lo veía algún médico, por decir si era un adulto mayor, un geriatra, y los medicamentos que le daban eran unos medicamentos básicos que no le cubrían el dolor que ellos tienen porque ese es un dolor intenso (5), yo por ejemplo sugería poner algo o a veces la familia lo compraba y se sugería para que lo puedan indicar y te hacían observaciones entonces acá no se está viendo la parte humana en la que tener que calmar el dolor al paciente y mantenerlo tranquilo durante la etapa que le ha tocado(6), porque es una etapa a veces larga, he tenido pacientes en etapa terminal que algunos médicos decían “que vaya a casa porque le quedará 1 semana” y han durado hasta 4 – 6 meses(7) entonces es muy triste verlos que van decayendo poco apoco y que el aporte que se les brinda es poco(8) acá no se está manejando mucho la especialidad porque esto debería estar manejado por un médico que es oncólogo y una enfermera de la especialidad para poder cumplir el tratamiento, pero sin embargo al inicio si se estaba dando por lo menos la enfermera, pero ahora va una que otra enfermera de alguna otra área(9) y como yo atiendo a pacientes particulares me llaman y me doy cuenta que la atención que le brindan no es muy adecuada y no les calman lo que ellos más sufren que es el dolor(10). En el paciente hospitalizado se maneja el dolor con infusiones analgésicas, que eso si les ayuda (11), por ejemplo, se preparan los cocteles, o las infusiones con tramal o con metamizol o si es más fuerte infusiones con

morfina que eso si les ayuda a mantenerse tranquilo(12), recuerdo que al inicio de cuando llegue a oncología el paciente que era terminal ya no lo bombardearon con mucha cosa, simple y sencillamente, le daban su infusión sedo analgésica lo mantenían tranquilo y el paciente poco a poco iba decayendo y como se dice se iba yendo, pero con solución sedo analgésica(13), pero sin embargo a medida que la tecnología ha ido avanzando, que ido apareciendo nuevas cosas, hay algunos médicos que tratan de bombardear al paciente con muchas cosas(14) y no se ocupan mucho de la parte espiritual – emocional(15), y lo que es la sedo analgesia en sí , recuerdo que antes les daban buenas dosis de morfina y el paciente se mantenía tranquilo pero sin embargo en algunas experiencias que he tenido en el hospital la verdad es que la dosis que daban eran bien pocas que no le cubrían el dolor(16) al paciente a veces tenía la experiencia que el paciente seguían mucho dolor y había momentos que tenía que pasarle “bolitos” de la misma infusión para poder calmar el dolor al paciente, bueno eso es lo que me he dado cuenta con el pasar del tiempo(17), tal vez el afán de mantener la vida, de alargar el proceso, de darle todo que tal vez necesita, pero hay veces en la que ya no es porque el organismo se va deteriorando entonces no responden y más los maltratamos, estamos canalizándolo, pinchándolo, poniéndolos y realmente de la mayoría que hemos visto así lo único que se ha hecho es alargar unos meses(18).

Para mí cuidados paliativos sería una atención integral para el paciente no tanto para cubrir sus necesidades físicas sino también psicológicas (19), darle la tranquilidad, calma, el apoyo que necesita la familia, conversar con la familia, darle la tranquilidad que ellos necesitan tener para que puedan partir (20), porque la mayoría de pacientes que están en la etapa terminal no se preocupan por ellos, se preocupan por la familia y muchas veces su afán de aferrarse a la vida es por la familia (21). Yo definiré a cuidados paliativos como una atención integral que se le debe de dar tanto en la parte psicológica, en la parte humana y en la parte de la atención de mantenerlos a ellos con un tratamiento que les permita hacer sus actividades sin tener lo peor, que es el dolor(22), porque cuando uno tiene dolor no quieres nada, no quieres ni comer(23), he tenido pacientes que he ido a ver y que con mucho dolor pero que sin embargo con infusiones que se les

ha puesto, se les ha puesto morfina se tranquilizaban bastante y como te agradecen, “gracias por quitarme este dolor porque es insoportable en ese momento quiero morirme”(24), porque realmente no sabemos hasta cuando, porque hemos tenido pacientes que han durado bastante tiempo en el hospital entonces sería darles esa atención humana, psicológica y sobretodo mantener controlado su dolor (25), yo creo que con eso ellos estarían mucho mejor en espera de la decisión de Dios porque solo Dios sabe en qué momento, por más que muchas veces han habido pronósticos, “1 semana durará” pero realmente son pronósticos que lo hacemos nosotros los médicos, las enfermeras tal vez podemos decir “yo lo veo mal” pero a veces Dios no lo decide así y duran más tiempo(26) entonces satisfacer sus necesidades básicas si es que ellos pueden hacerlo, permitirles que ellos apoyen en lo que puedan y si no cubrirlo en todo, mantener sus alimentos, su cama, sus masajes, darles esta tranquilidad(27). En la atención del hospital, antes cuando había el ingreso de mayor cantidad de familiares, hay de todo, a veces he visto la participación bastante activa de algunos familiares, que sí están pendientes, incluso si les compran sus colchones antiescaras, les hacen sus masajes, le apoyan en cuanto su cambio de posiciones(28), pero también he visto a gente que no le ha dado mucho apoyo(29), creo que falta un poco de conocimiento y de enseñanza porque eso también lo he visto en casa, hay veces que no manejan o no saben cómo tratar los pacientes, (30) ya que un paciente oncológico cambia su carácter se pone un poco renegón, el carácter alterado y a veces los familiares no lo entienden entonces tal vez ellos quieren brindarle lo mejor pero el paciente se molesta (31), pero en la mayoría si he visto participación de la familia en la medida que ellos pueden, para mí lo que sí sería bueno es la capacitación en cuanto a cómo deberían de apoyar, sobre todo en pacientes que son bastante dependientes, por ejemplo, en pacientes que tienen alimentación por sonda o que no pueden movilizarse o no pueden hacer sus actividades ellos solos (32).

Son pacientes que demanda de más desgaste porque son mayores cuidados que hay que darles (33), sin embargo, muchas veces no tenemos mucho el tiempo, en primer lugar, partiendo de que no deberíamos manejar a pacientes terminales junto con pacientes con

tratamiento de quimioterapia porque para mí eso debería ser un cuidado más especial, y ser más personalizado(34), el no tener tanta cantidad de pacientes, el no tener un número determinado de pacientes que tú les puedas dar todo lo que ellos necesitan, porque si demanda mayor cantidad de desgaste tanto físico como emocional(35), porque tú a esos pacientes los has conocido durante tiempo, porque esta enfermedad del cáncer no es una enfermedad que ahorita les da y mañana se mueren sino que convives con ellos durante 1, 2 o 3 años, los conoces, entonces les tienes un afecto a esas personas, los consideras (36) y sin embargo verlo en esa situación te da un poco de pena de dolor(37), bueno al menos a mí siempre me choca y a veces es impotencia llegas a decir que no se pudo hacer nada(38) y también por los cuidados que hay que brindarles porque tendríamos que cambiarlos de posición y darle su alimentación por sonda y eso demandó tiempo y desgaste, el baño, y todo eso que debemos participar nosotros(39), pero al menos durante los años anteriores no se podía dar completo por el tiempo ya que era bastante limitado y la carga laboral y aparte de la cantidad de pacientes que manejas por eso para mí lo ideal sería que se tuviera una unidad de 4 o 5 camas para un paciente con cuidados paliativos(40) Bueno ahora sé que está entrando a tallar un psicólogo que hay en el hospital. Bueno no sé si actualmente está ahí, pero hasta antes de la pandemia estaba ingresando ya el psicólogo como parte del equipo, ahorita al menos la enfermera, los médicos, psicólogos y la nutricionista que a veces va y preguntan pero yo creo que no es un equipo muy involucrado porque yo creo que sí todos manejaremos cuidados paliativos todos tendríamos que reunirnos, actuar y conversar las cosas del paciente y hacer un plan de trabajo que se va hacer y todos hablar como se dice “un mismo idioma” eso me parecería lo mejor, lo más adecuado(41). Reunirnos todos y no actuar por separado porque cada quien va por su lado, pero no hay un consenso o sea no lo estamos viendo al paciente, sino cada quien va y hace su actividad. Actualmente para mí es así, bajo mi percepción.(42) La muerte de un paciente siempre causa dolor (43) y a pesar de que tú sabes que estos pacientes van a fallecer porque ya el médico les da el pronóstico, ya sabes que en cualquier momento se van a ir y que el momento final está cerca(44). Sinceramente yo

lo enfrento con bastante pena incluso a veces he llorado por pacientes pero trato de ponerme fuerte (45) y ponerme con la familia y decirles que en lugar de llorar hay que rezar por él y hay que darles la tranquilidad para que puedan irse tranquilos(46), porque muchas veces los familiares lloran y lloran y lo que yo pienso más bien es que el paciente se sentirá desesperado porque ellos lo último que pierden es el oído y ahí escucharán(47), porque he visto gente que ya está falleciendo y sin embargo nuevamente vuelven y la agonía para mí se hace más larga entonces son pacientes que se siguen aferrando a la vida por la familia por la preocupación de dejar a sus hijos, a sus nietos(48), Pero siempre es doloroso, a mí siempre me choca y más aún que uno se encariña con los pacientes y aun así han habido pacientes que no han llevado tratamiento de quimioterapia en el hospital pero en otros lados y dio la opción que estando aquí en el hospital estuvo en su etapa terminal, como seres humanos siempre tenemos bastante pena(49), al inicio de cuando fui al servicio era un poco más difícil porque cada vez que se moría un paciente, para mí sinceramente era difícil, no quería comer, me deprimía me sentía impotente por si no hice algo bien, no sé qué pasó y me chocaba bastante, me costaba entender que ya no había nada que hacer, pero sin embargo uno dice “de repente tal vez algo se pudo hacer y no se hizo” (50) ahora yo ya he superado un poco eso, pero siempre te da dolor, te da pena el estar ahí cerca de la muerte, ya que prácticamente los pacientes mueren seguidos y siempre estamos rodeados de la muerte(51), entonces lo que hago es hablar con la familia, darles bastante apoyo, que recen que lo ayuden, que lo encamine para que se pueda ir tranquilo y vivir ese proceso(52) porque hay veces que dicen que la muerte es un proceso lento en el que la persona va muriendo y son cosas que dicen que va desprendiéndose el alma del cuerpo(53) Entonces es un proceso que uno tiene que darle la tranquilidad para que la persona pueda ir en paz y tranquila (54).

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. En cuanto a la experiencia que he tenido con los pacientes oncológicos en etapa terminal es que necesitan mucho apoyo para poder llevar esta etapa lo mejor posible.</p> <p>2. Pero sin embargo veo que la burocracia del hospital, de los servicios no le dan una atención adecuada</p> <p>3. Por ejemplo, he tenido la oportunidad de tener a cargo apacientes en etapa terminal que se les ha llevado a casa con un tratamiento, incluso se les apoyó con el programa de COPHOES, pero el tiempo que te dan es muy poco y aparte si tu aportas otras cosas, te observan</p> <p>4. Entonces acá la situación es que al paciente de etapa terminal tienes que calmar el dolor que es lo principal porque es lo que más sufren y sobretodo darles la tranquilidad</p> <p>5. A veces tenía la experiencia que iban a su casa y le daban, no por el médico de la especialidad sino lo veía algún médico, por decir si era un adulto mayor, un geriatra, y los</p>	<p>1. La experiencia que he tenido con los pacientes oncológicos en etapa terminal es que necesitan mucho apoyo para llevar esta etapa lo mejor posible.</p> <p>2. Veo que la burocracia del hospital, impide dar una atención oportuna</p> <p>3. He tenido cargo a pacientes en etapa terminal que han ido a casa con tratamiento, incluso se les apoyó con el programa de COPHOES, pero el tiempo que dan para la atención es muy poco y si das aportes, te observan</p> <p>4. Al paciente en etapa terminal tienes que calmar el dolor que es lo principal y darles tranquilidad.</p> <p>5. He tenido la experiencia que iban a su casa y no eran atendidos por el médico de la especialidad sino que eran atendidos por el geriatra y los medicamentos que le daban eran básicos, no les cubrían el dolor, porque</p>

<p>medicamentos que le daban eran unos medicamentos básicos que no le cubrían el dolor que ellos tienen porque ese es un dolor intenso</p> <p>6. Yo por ejemplo sugería poner algo o a veces la familia lo compraba y se sugería para que lo puedan indicar y te hacían observaciones entonces acá no se está viendo la parte humana en la que tener que calmar el dolor al paciente y mantenerlo tranquilo durante la etapa que le ha tocado</p> <p>7. Porque es una etapa a veces larga, he tenido pacientes en etapa terminal que algunos médicos decían “que vaya a casa porque le quedará 1 semana” y han durado hasta 4 – 6 meses</p> <p>8. entonces es muy triste verlos que van decayendo poco a poco y que el aporte que se les brinda es poco</p> <p>9. acá no se está manejando mucho la especialidad porque esto debería estar manejado por un médico que es oncólogo y una enfermera de la especialidad para poder cumplir el tratamiento, pero sin embargo al inicio si se estaba dando por lo menos la enfermera, pero ahora va una que otra enfermera de alguna otra área</p>	<p>es un dolor intenso</p> <p>6. Yo sugería administrar algo, a veces la familia lo compraba y se sugería para que lo puedan indicar y te hacían observaciones, no se está viendo la parte humana, en calmar el dolor al paciente y mantenerlo tranquilo</p> <p>7. Es una etapa que a veces es larga, he tenido pacientes en etapa terminal que algunos médicos decían “que vaya a casa porque le queda 1 semana” y han durado hasta 4 – 6 meses</p> <p>8. Es muy triste verlos que van decayendo poco a poco y que el aporte que se les brinda es poco</p> <p>9. acá no se está manejando mucho la especialidad porque esto debería estar manejado por un médico oncólogo y una enfermera de la especialidad para poder cumplir el tratamiento, sin embargo va una enfermera de otra área</p>
---	--

<p>10. Como yo atiendo a pacientes particulares me llaman y me doy cuenta que la atención que le brindan no es muy adecuada y no les calman lo que ellos más sufren que es el dolor</p> <p>11. En el paciente hospitalizado se maneja el dolor con infusiones analgésicas, que eso si les ayuda</p> <p>12. Por ejemplo, se preparan los cocteles, o las infusiones con tramal o con metamizol o si es más fuerte infusiones con morfina que eso si les ayuda a mantenerse tranquilo</p> <p>13. recuerdo que al inicio de cuando llegue a oncología el paciente que era terminal ya no lo bombardearon con mucha cosa, simple y sencillamente, le daban su infusión sedo analgésica lo mantenían tranquilo y el paciente poco a poco iba decayendo y como se dice se iba yendo, pero con solución sedo analgésica</p> <p>14. Sin embargo a medida que la tecnología ha ido avanzando, que haido apareciendo nuevas cosas, hay algunos médicos que tratan de bombardear al paciente con muchas cosas</p> <p>15. No se ocupan mucho de la parte</p>	<p>10. Atiendo a pacientes particulares, me llaman y me doy cuenta que la atención que le brindan no es muy adecuada y no les calman lo que ellos más sufren; que es el dolor</p> <p>11. En el paciente hospitalizado se maneja el dolor con infusiones analgésicas, eso si les ayuda</p> <p>12. Se preparan los cocteles, o las infusiones con tramal o con metamizol o si es más fuerte, infusiones con morfina, eso les ayuda a mantenerse tranquilo</p> <p>13. Recuerdo cuando llegué a oncología, al paciente terminal no lo “bombardeaban” con mucha cosa, le daban su infusión sedo analgésica lo mantenían tranquilo y el paciente como se dice se iba yendo, pero con solución sedo analgésica</p> <p>14. A medida que la tecnología ha avanzando, que han aparecido nuevas cosas, hay algunos médicos que “bombardear” al paciente con muchas cosas</p> <p>15. No se ocupan mucho de la parte</p>
--	---

<p>espiritual y emocional</p> <p>16. Lo que es la sedo analgesia en sí , recuerdo que antes les daban buenas dosis de morfina y el paciente se mantenía tranquilo pero sin embargo en algunas experiencias que he tenido en el hospital la verdad es que la dosis que dan son bien pocas que no le cubren el dolor</p> <p>17. Al paciente a veces tenía la experiencia que el paciente seguían mucho dolor y había momentos que tenía que pasarle “bolitos” de la misma infusión para poder calmar el dolor al paciente, bueno eso es lo que me he dado cuenta con el pasar del tiempo</p> <p>18. Tal vez el afán de mantener la vida, de alargar el proceso, de dar todo que tal vez necesita, pero hay veces en la que ya no es porque el organismo se va deteriorando entonces no responden y más los maltratamos, estamos canalizándolo, pinchándolo, poniéndolos y realmente de la mayoría que hemos visto así lo único que se ha hecho es alargar unos meses</p> <p>19. Para mí cuidados paliativos sería una atención integral para el paciente no tanto para cubrir sus necesidades</p>	<p>espiritual y emocional</p> <p>16. Antes les daban altas dosis de morfina, el paciente se mantenía tranquilo, sin embargo en algunas experiencias que he tenido en el hospital la dosis que indican no es suficiente.</p> <p>17. He tenido la experiencia que el paciente seguía con mucho dolor y he tenido que administrarle “bolitos” de la misma infusión para calmarle el dolor.</p> <p>18. Tal vez el afán de mantener la vida, de alargar el proceso; pero el organismo se va deteriorando, los maltratamos, estamos pinchándolo, y en la mayoría de estos casos, lo único que se ha hecho es alargar la vida</p> <p>19. Para mí cuidados paliativos es una atención integral para el paciente, para cubrir sus necesidades físicas y</p>
---	--

<p>físicas sino también psicológicas</p> <p>20. Darle la tranquilidad, calma, el apoyo que necesita la familia, conversar con la familia, darle la tranquilidad que ellos necesitan tener para que puedan partir</p> <p>21. porque la mayoría de pacientes que están en la etapa terminal no se preocupan por ellos, se preocupan por la familia y muchas veces su afán de aferrarse a la vida es por la familia</p> <p>22. Yo definiré a cuidados paliativos como una atención integral que se le debe de dar tanto en la parte psicológica, en la parte humana y en la parte de la atención de mantenerlos a ellos con un tratamiento que les permita hacer sus actividades sin tener lo peor, que es el dolor</p> <p>23. Porque cuando uno tiene dolor no quieres nada, no quieres ni comer</p> <p>24. he tenido pacientes que he ido a ver y que con mucho dolor pero que sin embargo con infusiones que se les ha puesto, se les ha puesto morfina se tranquilizaban bastante y como te agradecen, “gracias por quitarme este dolor porque es insoportable en ese momento quiero morirme”</p>	<p>psicológicas</p> <p>20. Darle tranquilidad, calma, el apoyo que necesita la familia, conversar con la familia</p> <p>21. La mayoría de pacientes en etapa terminal no se preocupan por ellos, se preocupan por la familia y muchas veces su afán de aferrarse a la vida es por la familia</p> <p>22. Yo definiré a cuidados paliativos como una atención integral que se debe dar en la parte psicológica, en la parte humana y mantenerlos con un tratamiento que les permita hacer sus actividades sin tener dolor</p> <p>23. Cuando uno tiene dolor no quieres nada, no quieres ni comer</p> <p>24. He tenido pacientes con mucho dolor pero con infusiones como la morfina se tranquilizaban bastante y te agradecen: “gracias por quitarme este dolor porque es insoportable en ese momento quiero morirme”</p>
--	---

<p>25. Porque realmente no sabemos hasta cuando, porque hemos tenido pacientes que han durado bastante tiempo en el hospital entonces sería darles esa atención humana, psicológica y sobretodo mantener controlado su dolor</p> <p>26. Yo creo que con eso ellos estarían mucho mejor en espera de la decisión de Dios porque solo Dios sabe en qué momento, por más que muchas veces han habido pronósticos, “1 semana durará” pero realmente son pronósticos que lo hacemos nosotros los médicos, las enfermeras tal vez podemos decir “yo lo veo mal” pero a veces Dios no lo decide así y duran más tiempo</p> <p>27. entonces satisfacer sus necesidades básicas si es que ellos pueden hacerlo, permitirles que ellos apoyen en lo que puedan y si no cubrirlo en todo, mantener sus alimentos, su cama, sus masajes, darles esta tranquilidad</p> <p>28. En la atención del hospital, antes cuando había el ingreso de mayor cantidad de familiares, hay de todo, a veces he visto la participación bastante activa de algunos familiares, que sí</p>	<p>25. Hemos tenido pacientes que han durado bastante tiempo en el hospital entonces sería darles atención humana, psicológica y sobretodo mantener controlado su dolor</p> <p>26. Solo Dios sabe en qué momento, muchas veces se han dado pronósticos de vida de 1 semana, pero realmente son pronósticos que lo dan los médicos, las enfermeras tal vez podemos decir “yo lo veo mal” pero a veces Dios no lo decide así</p> <p>27. Satisfacer sus necesidades básicas si es que ellos pueden hacerlo, permitirles que ellos apoyen en lo que puedan y si no cubrirlo en todo, mantener sus alimentos, sus masajes, darles esta tranquilidad</p> <p>28. Cuando había el ingreso de mayor cantidad de familiares, hay de todo, he visto la participación activa de algunos familiares, que sí están pendientes, les compran colchones anti escaras, les</p>
---	--

<p>están pendientes, incluso si les compran sus colchones antiescaras, les hacen sus masajes, le apoyan en cuanto su cambio de posiciones</p> <p>29. Pero también he visto a gente que no le ha dado mucho apoyo</p> <p>30. Creo que falta un poco de conocimiento y de enseñanza porque eso también lo he visto en casa, hay veces que no manejan o no saben cómo tratar los pacientes,</p> <p>31. Ya que un paciente oncológico cambia su carácter se pone un poco renegón, el carácter alterado y a veces los familiares no lo entienden entonces tal vez ellos quieren brindarle lo mejor pero el paciente se molesta</p> <p>32. Pero en la mayoría si he visto participación de la familia en la medida que ellos pueden, para mí lo que sí sería bueno es la capacitación en cuanto a cómo deberían de apoyar, sobre todo en pacientes que son bastante dependientes, por ejemplo, en pacientes que tiene alimentación por sonda o que no pueden movilizarse o no pueden hacer sus actividades ellos solos</p>	<p>hacen masajes, apoyan en los cambios de posición</p> <p>29. También he visto a gente que no apoya mucho,</p> <p>30. Creo que falta un poco de conocimiento y de enseñanza, hay veces que no manejan o no saben cómo tratar los pacientes</p> <p>31. Un paciente oncológico cambia su carácter: reniegan, y a veces los familiares no lo entienden, ellos quieren brindarle lo mejor pero el paciente se molesta.</p> <p>32. En la mayoría de casos he visto participación de la familia, en la medida que ellos pueden, sería capacitarlos en cómo deben de apoyar, sobre todo en pacientes que son dependientes; con alimentación por sonda, que no pueden movilizarse o no pueden hacer sus actividades ellos solos</p>
--	--

<p>33. Son pacientes que demanda de más desgaste porque son mayores cuidados que hay que darles</p> <p>34. Sin embargo, muchas veces no tenemos mucho el tiempo, en primer lugar, partiendo de que no deberíamos manejar a pacientes terminales junto con pacientes con tratamiento de quimioterapia porque para mí eso debería ser un cuidado más especial, y ser más personalizado</p> <p>35. El no tener tanta cantidad de pacientes, el no tener un número determinado de pacientes que tú les puedas dar todo lo que ellos necesitan, porque si demanda mayor cantidad de desgaste tanto físico como emocional</p> <p>36. Porque tú a esos pacientes los has conocido durante tiempo, porque esta enfermedad del cáncer no es una enfermedad que ahorita les da y mañana se mueren sino que convives con ellos durante 1, 2 o 3 años, los conoces, entonces les tienes un afecto a esas personas, los consideras</p> <p>37. sin embargo verlo en esa situación te da un poco de pena de dolor</p> <p>38. bueno al menos a mí siempre me choca y a veces es impotencia llegas a</p>	<p>33. Son pacientes que demandan de más desgaste porque necesitan de más cuidados</p> <p>34. Muchas veces no tenemos mucho tiempo, partiendo de que no deberíamos manejar a pacientes terminales junto con pacientes con tratamiento de quimioterapia, eso debería ser un cuidado más especial, y más personalizado</p> <p>35. El no tener un número determinado de pacientes que tú les puedas dar todo lo que ellos necesitan, demanda desgaste tanto físico como emocional</p> <p>36. A esos pacientes los conocemos durante tiempo, convives con ellos durante 1, 2 o 3 años, los conoces, entonces les tienes un afecto a esas personas, los consideras</p> <p>37. Verlo en esa situación te da un poco de pena, causa dolor</p> <p>38. A mí siempre me choca y a veces es impotencia, llegas a decir que no se</p>
---	---

<p>decir que no se pudo hacer nada</p> <p>39. y también por los cuidados que hay que brindarles porque tendríamos que cambiarlos de posición y darle su alimentación por sonda y eso demandó tiempo y desgaste, el baño, y todo eso que debemos participar nosotros</p> <p>40. pero al menos durante los años anteriores no se podía dar completo por el tiempo ya que era bastante limitado y la carga laboral y aparte de la cantidad de pacientes que manejas por eso para mí lo ideal sería que se tuviera una unidad de 4 o 5 camas para un paciente con cuidados paliativos</p> <p>41. Bueno ahora sé que está entrando a tallar un psicólogo que hay en el hospital. Bueno no sé si actualmente está ahí, pero hasta antes de la pandemia estaba ingresando ya el psicólogo como parte del equipo, ahorita al menos la enfermera, los médicos, psicólogos y la nutricionista que a veces va y preguntan pero yo creo que no es un equipo muy involucrado porque yo creo que sí todos manejaremos cuidados paliativos todos tendríamos que reunirnos, actuar y conversar las cosas del paciente y</p>	<p>pudo hacer nada</p> <p>39. Los cuidados que necesitan son: los cambios de posición, alimentación por sonda, baño en cama, eso demanda de tiempo y desgaste; en todo eso debemos participar nosotros.</p> <p>40. Durante los años anteriores no se podía por el tiempo que era bastante limitado y la carga laboral era mayor, por ello lo ideal sería que se tuviera una unidad de 4 o 5 camas para pacientes con cuidados paliativos</p> <p>41. Contábamos con un psicólogo como parte del equipo, hasta antes de la pandemia, ahora al menos la enfermera, los médicos, psicólogos y la nutricionista que a veces va y preguntan; creo que no es un equipo muy involucrado porque tendríamos que reunirnos, actuar, conversar las cosas del paciente y hacer un plan de trabajo, eso me parecería lo mejor, lo más adecuado</p>
---	--

<p>hacer un plan de trabajo que se va hacer y todos hablar como se dice “un mismo idioma” eso me parecería lo mejor, lo más adecuado</p> <p>42. Reunirnos todos y no actuar por separado porque cada quien va por su lado, pero no hay un consenso o sea no lo estamos viendo al paciente, sino cada quien va y hace su actividad. Actualmente para mí es así, bajo mi percepción.</p> <p>43. La muerte de un paciente siempre causa dolor</p> <p>44. y a pesar de que tú sabes que estos pacientes van a fallecer porque ya el médico les da el pronóstico, ya sabes que en cualquier momento se van a ir y que el momento final está cerca</p> <p>45. Sinceramente yo lo enfrento con bastante pena incluso a veces he llorado por pacientes pero trato de ponerme fuerte</p> <p>46. Y ponerme con la familia y decirles que en lugar de llorar hay que rezar por él y hay que darles la tranquilidad para que puedan irse tranquilos</p> <p>47. Porque muchas veces los familiares lloran y lloran y lo que yo</p>	<p>42. Reunirnos todos y no actuar por separado porque cada quien va por su lado, no hay un consenso, actualmente para mí es así</p> <p>43. La muerte de un paciente siempre causa dolor</p> <p>44. A pesar de que sabes que estos pacientes van a fallecer porque el médico da el pronóstico, ya sabes que en cualquier momento se van a ir</p> <p>45. Lo enfrento con bastante pena incluso a veces he llorado por pacientes pero trato de ponerme fuerte</p> <p>46. A la familia les recomiendo rezar por el paciente y darles tranquilidad para que puedan irse tranquilos</p> <p>47. Muchas veces los familiares lloran y pienso que el paciente se sienta</p>
---	---

<p>pienso más bien es que el paciente se sentirá desesperado porque ellos lo último que pierden es el oído y ahí escucharán</p> <p>48. Porque he visto gente que ya está falleciendo y sin embargo nuevamente vuelven y la agonía para mí se hace más larga entonces son pacientes que se siguen aferrando a la vida por la familia por la preocupación de dejar a sus hijos, a sus nietos</p> <p>49. Pero siempre es doloroso, a mí siempre me choca y más aún que uno se encariña con los pacientes y aun así han habido pacientes que no han llevado tratamiento de quimioterapia en el hospital pero en otros lados y dio la opción que estando aquí en el hospital estuvo en su etapa terminal, como seres humanos siempre tenemos bastante pena</p> <p>50. Al inicio de cuando fui al servicio era un poco más difícil porque cada vez que se moría un paciente, para mí sinceramente era difícil, no quería comer, me deprimía me sentía impotente por si no hice algo bien, no sé qué pasó y me chocaba bastante, me costaba entender que ya no había nada</p>	<p>desesperado porque lo último que pierden es el oído</p> <p>48. He visto pacientes que se aferran a la vida por la familia por la preocupación de dejar a sus hijos, a sus nietos</p> <p>49. Siempre es doloroso, siempre me choca, nos encariñamos con los pacientes aunque no han llevado tratamiento de quimioterapia en el hospital</p> <p>50. Al inicio era más difícil porque cada vez que se moría un paciente, no quería comer, me deprimía, me sentía impotente por creer que no hice algo bien, me costaba entender que ya no había nada que hacer, sin embargo pensaba: “tal vez algo se pudo hacer y no se hizo”</p>
--	--

<p>que hacer, pero sin embargo uno dice “de repente tal vez algo se pudo hacer y no se hizo”</p> <p>51. Ahora yo ya he superado un poco eso, pero siempre te da dolor, te da pena el estar ahí cerca de la muerte, ya que prácticamente los pacientes mueren seguido y siempre estamos rodeados de la muerte</p> <p>52. Entonces lo que hago es hablar con la familia, darles bastante apoyo, que recen que lo ayuden, que lo encamine para que se pueda ir tranquilo y vivir ese proceso</p>	<p>51. He superado un poco eso, pero siempre causa dolor, da pena el estar ahí cerca de la muerte, los pacientes mueren seguido y siempre estamos rodeados de la muerte</p> <p>52. Lo que hago es hablar con la familia, darles bastante apoyo, que recen que lo ayuden, que lo encamine para que se pueda ir tranquilo y vivir ese proceso</p> <p>tranquila</p>
---	--

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Al paciente en etapa terminal tienes que calmar el dolor que es lo principal y darles tranquilidad (4) En el paciente hospitalizado se maneja el dolor con infusiones analgésicas, eso si les ayuda (11) Se preparan los cocteles, o las infusiones con tramal o con metamizol o si es más fuerte, infusiones con morfina, eso les ayuda a mantenerse tranquilo(12) Antes les daban altas dosis de morfina, el paciente se mantenía tranquilo, sin embargo en algunas experiencias que he tenido en el hospital la dosis que indican no es suficiente.(16) He tenido la experiencia que el paciente seguía con mucho dolor y he tenido que administrarle “bolitos” de la misma infusión para calmarle el dolor.(17)</p>	<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Al paciente en etapa terminal tienes que calmar el dolor que es lo principal y darles tranquilidad. En el paciente hospitalizado se maneja el dolor con infusiones analgésicas, se preparan “cocteles”, o infusiones de tramal con metamizol; si el dolor es más fuertes, las infusiones con morfina. Antes les daban altas dosis de morfina y el paciente se mantenía tranquilo, sin embargo en algunas experiencias que he tenido en el hospital la dosis indicada es insuficiente. Al paciente que seguía con mucho dolor, era necesario administrarle “bolitos” de la misma infusión para poder calmarle el dolor.</p>

<p style="text-align: center;">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Para mí cuidados paliativos es una atención integral para el paciente, para cubrir sus necesidades físicas y psicológicas (19) Darle tranquilidad, calma, el apoyo que necesita la familia, conversar con la familia (20) Yo definiré a cuidados paliativos como una atención integral que se debe dar en la parte psicológica, en la parte humana y mantenerlos con un tratamiento que les permita hacer sus actividades sin tener dolor (22)</p> <p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Lo ideal sería que se tuviera una unidad de 4 o 5 camas para pacientes con cuidados paliativos(40) Contábamos con un psicólogo como parte del equipo, hasta antes de la pandemia, ahora al menos la</p>	<p style="text-align: center;">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Para mí cuidados paliativos es una atención integral para el paciente, para cubrir sus necesidades físicas y psicológicas; darles tranquilidad, calma, el apoyo que necesita la familia, mantenerlos con un tratamiento que les permita hacer sus actividades sin tener dolor</p> <p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Lo ideal sería que contemos con una unidad de 4 o 5 camas para pacientes con cuidados paliativos. Hasta antes de la pandemia el psicólogo era parte del equipo. Actualmente el equipo de trabajo está conformado por la enfermera, los</p>
--	--

enfermera, los médicos, psicólogos y la nutricionista que a veces va y preguntan; creo que no es un equipo muy involucrado porque tendríamos que reunirnos, actuar, conversar las cosas del paciente y hacer un plan de trabajo, eso me parecería lo mejor, lo más adecuado(41)

Reunirnos todos y no actuar por separado porque cada quien va por su lado, no hay un consenso, actualmente para mí es así (42)

BLOQUEO DE SENTIMIENTOS

4. Al inicio era más difícil porque cada vez que se moría un paciente, no quería comer, me deprimía, me sentía impotente por creer que no hice algo bien, me costaba entender que ya no había nada que hacer, sin embargo pensaba: “tal vez algo se pudo hacer y no se hizo”(50) He superado un poco eso, pero siempre causa dolor, da pena el estar ahí cerca de la muerte, los pacientes mueren seguido y siempre estamos rodeados de la muerte (51)

médicos, psicólogos y la nutricionista que a veces va y pregunta, creo que no es un equipo muy involucrado porque sí todos manejaremos cuidados paliativos, tendríamos que reunirnos, actuar y conversar las cosas del paciente, hacer un plan de trabajo, hablar “un mismo idioma” eso me parecería lo mejor, lo más adecuado.

BLOQUEO DE SENTIMIENTOS

4. Al inicio era más difícil porque cada vez que se moría un paciente, no quería comer, me deprimía, me sentía impotente, He superado un poco eso

**TRISTEZA, IMPOTENCIA,
MIEDO**

5. Es muy triste verlos decaer poco a poco y que el aporte que se les brinda es poco (8) A esos pacientes los conocemos durante tiempo, convives con ellos durante 1, 2 o 3 años, los conoces, entonces les tienes un afecto a esas personas, los consideras (36) A mí siempre me choca y a veces es impotencia, llegas a decir que no se pudo hacer nada (38)

Lo enfrento con bastante pena incluso a veces he llorado por pacientes pero trato de ponerme fuerte (45) Siempre es doloroso (49)

**DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA
EL CUIDADO AL FINAL DE LA
VIDA**

6. Son pacientes que demandan de más desgaste porque necesitan de más cuidados (33)

Muchas veces no tenemos mucho tiempo, partiendo de que no deberíamos manejar a pacientes terminales junto con pacientes con

**TRISTEZA, IMPOTENCIA,
MIEDO**

5. Es muy triste verlos decaer y el aporte que se les brinda es poco. Convives con ellos durante años, los conoces, les tienes afecto a, los consideras. A mí siempre me choca y a veces es impotencia, llegas a decir que no se pudo hacer nada. Lo enfrento con bastante pena incluso a veces he llorado por pacientes pero trato de ponerme fuerte, siempre es doloroso

**DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA
EL CUIDADO AL FINAL DE LA
VIDA**

6. Estos pacientes demandan de más desgaste físico y emocional, porque hay que darles cuidados especializados, muchas veces no tenemos el tiempo necesario, partiendo de que no manejamos un número determinado de pacientes

<p>tratamiento de quimioterapia, eso debería ser un cuidado más especial, y más personalizado(34)</p> <p>El no tener un número determinado de pacientes que tú les puedas dar todo lo que ellos necesitan, demanda desgaste tanto físico como emocional(35)</p> <p>ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>7. No se ocupan mucho de la parte espiritual y emocional(15)</p> <p>A la familia les recomiendo rezar por el paciente y darles tranquilidad para que puedan irse tranquilos (46)</p> <p>Muchas veces los familiares lloran y pienso que el paciente se sienta desesperado porque lo último que pierden es el oído (47)</p> <p>Lo que hago es hablar con la familia, darles bastante apoyo, que recen que lo ayuden, que lo encamine para que se pueda ir tranquilo y vivir ese proceso tranquila (52)</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR</p> <p>8. Cuando había el ingreso de mayor cantidad de familiares, hay de todo, he</p>	<p>terminales, estos pacientes son atendidos junto a pacientes con tratamiento de quimioterapia. Debería ser un cuidado especializado y personalizado.</p> <p>ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>7. No se ocupan mucho de la parte espiritual – emocional. A la familia les aconsejo rezar y dar tranquilidad al paciente, y pueda partir tranquilo. Muchas veces los familiares lloran, pienso que el paciente puede sentir desesperación porque lo último que pierden es el oído. Lo que hago es hablar con la familia, darles bastante apoyo para vivir ese proceso.</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR</p> <p>8. Cuando ingresaban mayor cantidad de familiares, he observado la participación activa</p>
---	---

visto la participación activa de algunos familiares, que sí están pendientes, les compran colchones anti escaras, les hacen masajes, apoyan en los cambios de posición (28)

También he visto a gente que no apoya mucho(29)

Creo que falta un poco de conocimiento y de enseñanza, hay veces que no manejan o no saben cómo tratar los pacientes (30)

En la mayoría de casos he visto participación de la familia, en la medida que ellos pueden, sería capacitarlos en cómo deben de apoyar, sobre todo en pacientes que son dependientes; con alimentación por sonda, que no pueden movilizarse no pueden hacer sus actividades ellos solos (32)

ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO

9. Los cuidados que necesitan son: los cambios de posición, alimentación por sonda, baño en cama, eso demanda de tiempo y desgaste; en todo eso debemos participar nosotros. (39)

de algunos de ellos, están pendientes, les compran colchones anti escaras, les realizan masajes, apoyan en los cambios de posición. No siempre es así, algunos familiares no se involucran debido a la falta de conocimiento y de nuestra enseñanza, no saben cómo tratar al paciente. En la mayoría de casos he visto participación de la familia, sería oportuno capacitarlos sobre todo cuando el paciente no puede hacer sus actividades por sí solo.

ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO

9. Los cuidados que necesitan son: los cambios de posición, alimentación por sonda, baño en cama, eso demanda de tiempo y desgaste; en todo eso debemos participar nosotros.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

La entrevistada refiere que de acuerdo a su experiencia con pacientes oncológicos en etapa terminal, considera que necesitan mucho apoyo para llevar esta etapa lo mejor posible. Menciona que a medida que la tecnología ha avanzado percibe que en algunos pacientes se alarga el proceso de agonía.

Resalta la importancia del alivio del dolor utilizando infusiones analgésicas y opiáceos, sin embargo en ocasiones se usan dosis máximas y el dolor no logra ser controlado, lo que provoca en ella impotencia y frustración

Define a los cuidados paliativos como una atención integral para el paciente, cubrir sus necesidades físicas y psicológicas; darles tranquilidad, y brindar el apoyo a la familia.

Por lo anteriormente mencionado considera importante la instalación de una unidad de cuidados paliativos con el manejo de 4 a 5 pacientes por enfermero, poder contar también con los profesionales que se requieran para que la atención a estos pacientes se de calidad. Ante la pregunta de sentimientos y emociones que ha experimentado, refiere que la muerte de un paciente siempre le causa dolor, lo enfrenta con pena, incluso a veces ha llorado, sentía impotencia, sin embargo ya he superado esos acontecimientos.

En cuanto al apoyo espiritual y emocional manifiesta que motiva a la familia rezar y transmitir tranquilidad al paciente, es común que los familiares lloren y se desesperen ante la muerte del paciente, siente que es importante apoyarlos en este proceso.

Ha sido testigo de la participación activa de algunos familiares, quienes están pendientes de los cuidados, como por ejemplo en el cambio de posición, masajes, entre otros. Aunque no siempre es así, algunos familiares no se involucran debido a la falta de conocimiento y educación.

DISCURSO N° 07 OXALIPLATINO

Actualmente en nuestra realidad local es de que no tenemos una unidad de cuidados paliativos, no se ha asumido aún cuidados paliativos en nuestro hospital(1), a nivel nacional si tengo entendido de que incluso está la unidad de cuidados paliativos, pero nuestra institución lo dirige normalmente este equipo de liderazgo, que diríamos nosotros es la unidad de la terapia del dolor, con los médicos anestesiólogos(2), entonces por ahí vamos un poco de la mano, de repente un poco retrasados, pero intentando brindar a nuestros pacientes los cuidados correspondientes(3).

Bueno para el control de los dolores es la cascada, siempre ellos inicia con Tramadol con sus agregados o Tramadol puro, morfina a nivel subcutáneo, podemos usar la terapia a ese nivel o tratamiento oral que hemos visto conducir a nuestros pacientes(4), pero ya en el paciente hospitalizado el uso de la morfina endovenosa más agregados(5) y cuando se planea si el paciente así lo amerita volver a casa es ingresar a las bombas elastoméricas con las cuales pueden controlar el dolor, en un inicio con un poco de alternantes, pero al final se acomoda muy bien el paciente, y va bien(6), yo creo que va bien teniendo en cuenta que hay pacientes que si bien es cierto el cáncer está en fase terminal pero no es inminente, entonces se pensaría en esas circunstancias de darles el alta con terapia del dolor (7).

Nosotros como profesionales de enfermería muchas veces en estas circunstancias delimitando muchas veces al paciente que está consciente que está en fase de brindar cuidados paliativos en una fase consciente en una fase primaria diríamos para tratar de diferenciar de los pacientes que están en fase muy deteriorada en el cual de repente el oncólogo determine que le queda un mes de vida o semanas que se pueden proyectar a través de los perfiles que les manejan comparado con el paciente que está en una fase terminal y que les auguran 6 o 8 meses de vida(8). Entonces ese tipo de Cuidado nosotros diferenciamos porque hay uno en el que tú puedes hablar con el paciente,

decirle las recomendaciones, los consejos del uso de los citotóxicos y sus efectos secundarios, el llamado de auxilio muchas veces para poder nosotros seguir controlando las fases de sus molestias que normalmente a veces son relacionados todos con el problema principal que es el problema oncológico y los efectos secundarios que puede como son el estreñimiento, como puede ser la inapetencia, como puede ser en algunos momentos la alternancia del dolor controlada en la cual nosotros podemos brindarles(9). Entonces ese es un tipo de paciente que está llegando a un cuidado paliativo, pero también en algunas circunstancias nos hemos visto involucrados en una fase terminal próxima en brindar una sedación paliativa, cuando es más que todo ya brindarles un confort mayor al paciente y nos toca brindar muchas veces la educación a la familia, al cuidador principal, que se encuentra en esos instantes y poder brindar un apoyo de consejería de apoyo psicológico, de poder de repente ser intermediario de que pueda venir un consejero religioso y poder brindar de repente unas palabras ya sea al paciente o a la familia, esos son nuestros cuidados en el servicio(10).

En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99%(11), el detalle es que en estas últimas etapas, es que sólo estamos involucrando a un cuidador principal, cuando muchas veces esto se alarga más semanas, el cuidador comienza a tener problemas que no estamos cuidando al cuidador(12), es por ello que en algunas instituciones no sólo involucran a una sola persona porque tiene que haber alternancia como mínimo de 2 a 3 personas en brindar el cuidado a este tipo de pacientes, porque es agotador estar 24 horas al pendiente de una persona y 24 horas por 7 días y luego 7 días más y he allí la importancia de hablar de alternancia(13), pero vuelvo a repetir, estas últimas instancias de pandemia en la cual se hace complicado el hacer ingresar a los familiares o el cuidador para hacer alternancia, es difícil y nos da temor al personal sanitario para hacer ese tipo de aperturas por ahora, pero considero que debe existir alguna medida que en el futuro más cercano debemos admitir para poder involucrar a más de uno que se involucre, ya tenemos experiencia de cómo muchas veces ha afrontado la familia y lo que al final rescatamos(14), es ver de que nosotros los profesionales brindamos al máximo nuestra atención con el paciente y con el familiar y

esto se remonta con las palabras de agradecimiento en la cual nos reconforta de qué estamos haciendo las cosas positivas, estamos haciendo cosas que mejoran el estado del paciente (15), soy uno de los que proclama muchas veces cuando llegan los últimos días ya no estoy atendiendo solamente un paciente sino el paciente y muchas veces el cuidador están inmersos en ese paciente(16).

Sí, de hecho qué pasa y muchas veces pasa cuando son pacientes que llegan a sus últimos días teniendo 41 años, que es diferente con un paciente que tiene 78 años, o sea claro que pasa, claro que nos cargamos, digamos la carga emocional o la carga afectiva que brindamos al paciente(17), y por un lado vale bien desconectar estos tres días de ausencia hospitalaria que es nuestro espacio de tiempo libre en el cual nos va bien por un lado, pero por otro lado de repente demandemos del apoyo también psic oemocional de un profesional que nos esté refrescando la conducta que debemos tener para poder dejar que las cosas vayan pasando y que no llevemos mucha carga hacia la casa (18).

Las emociones saltan a la vista de repente una afectación en las emociones, de repente enruedan unas lágrimas o se quiebra la voz cuando se recuerda a esa persona y más cuando has podido compartir momentos de plática, momentos de proyectos sabiendo de que deja a un niño en casa, sabiendo de que su madre aun se queda impactada con lo que ha pasado(19), claro es una afectación emocional, nos hemos quebrado muchas veces, pero tengamos en cuenta que el yo quebrarme, el yo poder llorar delante de mi paciente, no me hace menos profesional(20), yo recuerdo mucho las palabras de un médico paliativo que nos daba clases allá en las aulas universitarias en Barcelona, en el cual decía que eso debería ser algo normal que nosotros los profesionales podamos brindar eso como profesionales, a veces se cree que si lloras delante del paciente eres menos profesional, que se está embargando las cosas y que estás perdiendo tu profesionalidad, yo creo que eso es un error verlo desde ese punto de vista, el que podamos llorar más- menos no va a implicar tu profesionalismo, la calidad de atención y cuidado que brindamos a nuestros pacientes(21).

Sobre los cuidados paliativos en el servicio es que estamos en principio todavía (22), no me gustan mucho los cuidados paliativos que brindamos en algunos momentos, no digo en todos porque en algunos momentos se ha conducido muy bien, hemos llegado a la parte final del paciente en despedida y todo y me parece muy bien(23), pero nos falta, el equipo aún no está constituido, la unidad de cuidados paliativos no la tenemos, desde ahí ya partimos que no estamos haciendo bien todavía las cosas(24), yo creo que estamos justo en estos días recibiendo una formación de cuidados paliativos y en el futuro de repente pueda ser fortalecedor para nuestra institución del hospital y no sólo oncología, porque ojo, cuidados paliativos no es exclusividad de oncología, eso sí que quede claro, que también hay pacientes cardíacos crónicos, también hay pacientes de otras especialidades que requieren muchas veces de cuidados paliativos(25), y vuelvo a repetir cuidados paliativos es cuando si bien es cierto ya no hay tratamiento que ayude, entonces ya podemos brindar cuidados paliativos según nos habla la literatura, según nos hablan los profesionales que adversan sobre los cuidados paliativos, de que no nos aboquemos a las últimas dos semanas en poder volcar todo nuestro conocimiento sobre cuidados paliativos, ojo, allí no les estaríamos haciendo bien(26). Cuidados paliativos debe empezar ni bien se diagnostica, en nuestro caso ni bien diagnostican el cáncer a nuestro paciente ya comenzar a tener alternativas de que en algún momento pronto más que tarde, brindar cuidados paliativos. Estamos yendo bien considero, pero aún estamos en inicio a mi entender, en mi experiencia (27).

Nuestra unidad es privilegiada y esa sí es una fortaleza, de ser un grupo joven, un grupo compacto, que difícilmente nos están rotando hacia otros servicios, el grupo es compacto, como fortaleza(28), pero un poco resquebraja cuando dejamos de tener la alternativa de reemplazo en un profesional capacitado, entonces considero de que deberíamos, lo ideal claro está, es apuntar de que los reemplazos cuando hay ausencia del personal por salud o por sus vacaciones, es que podamos tener alternativas de quién vaya a nuestro servicio a continuar en el cuidado de este tipo de pacientes, para poder estar entrenados, entonces debemos tener un entrenamiento alternativo, para más enfermeros(as)(29), incluso en la parte médica yo creo que lo hacen bien, pero

necesitamos tener protocolizados, por ejemplo, cuáles son los tratamientos, cuáles son los cuidados, para poder nosotros hablar idiomas comunes con sus cosas que de repente agregan como un poquito más de sal, un poquito menos azúcar, eso ya es particularidad lo que sí debemos es protocolizar mucho nuestros tratamientos y más en estos pacientes de cuidados paliativos (30).

El enfrentarnos muchas veces a este final, hay diferentes formas, a veces de cómo lo espera la familia, muchas veces claro romper en llanto, más en casos inesperados cuando no habido preparación de la familia, claro que es más impacto(31), pero es diferente, tenemos culturas diferentes, diríamos como en la cultura gitana, mientras la esposa no llora amargamente se comenta que no lo quería al esposo, pero es cultura, de cómo afrontar la muerte(32), nosotros como profesionales debemos estar susceptibles o esperar de lo que pueda pasar en la familia en el desenlace final(33), pero si nosotros somos muy claros en el momento oportuno, que el paciente no está yendo bien, que el paciente se le ha dado una sedación para que el paciente padezca de menos dolor antes de que sufrimiento la familia te va entendiendo y va aceptando porque éste es digamos el ciclo del duelo(34), ojo, que también tenemos que dominar esta parte del duelo, porque si tú no sabes cuáles son las etapas del duelo te va a impactar lo que va a ocurrir, te van a echar la culpa, te van a comenzar a culpar, pero esa es parte del duelo, no es que te impacte, de qué te eche la culpa a ti y murió el paciente, está dentro de la fase, entonces lo que tenemos que llegar los que conocemos las etapas del duelo(35), es de que esta familia incite la aceptación, llegué a la aceptación final y pueda hacer la reconversión de sus vidas y continuar el día a día,(36) yo veo eso, que nos falta de repente darle la alternativa al paciente, a la familia que su deseo del paciente es morir en casa y muchas veces se ha truncado este deseo del paciente y muchas veces lo hemos visto morir en cuatro paredes(37), entonces cuando de repente el paciente se quería despedir del nieto, de sus pequeños, si tenía hijos pequeños, y los ambientes hospitalarios no pequeños y en los ambientes hospitalarios no permiten el ingreso de un menor de 8 años, entonces no lo vamos a tener en esas circunstancias si le hubiéramos dado esas permisivas, si su deseo de este paciente es que su hija de 15 años lo pueda venir a visitar, pues brindemos este tipo

de deseo y a veces no lo estamos haciendo(38), por eso digo que nos falta claro que nos puede ser alternativa un equipo o una unidad de cuidados paliativos que trabaje con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio, de cuánto estamos haciendo para extender las unidades que brindan atención intrahospitalaria pero se está aún muy limitado o sea tienes que tener ciertos requisitos para que el profesional vaya a tu casa y pueda brindar cuidados paliativos y a veces no tellega el tratamiento normal va a ser un poco complicado llegar con tratamientos de cuidados paliativos(39)

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. Actualmente en nuestra realidad local es de que no tenemos una unidad de cuidados paliativos, no se ha asumido aún cuidados paliativos en nuestro hospital</p> <p>2. a nivel nacional si tengo entendido de que incluso está la unidad de cuidados paliativos, pero nuestra institución lo dirige normalmente este equipo de liderazgo, que diríamos nosotros es la unidad de la terapia del dolor, con los médicos anestesiólogos</p> <p>3. entonces por ahí vamos un poco de la mano, de repente un poco retrasados, pero intentando brindar a nuestros pacientes los cuidados correspondientes</p> <p>4. Bueno para el control de los dolores es la cascada, siempre ellos inicia con Tramadol con sus agregados o Tramadol puro, morfina a nivel subcutáneo, podemos usar la terapia a ese nivel o tratamiento oral que hemos visto conducir a nuestros pacientes</p> <p>5. pero ya en el paciente hospitalizado el uso de la morfina</p>	<p>1. Nuestra realidad local es de que no tenemos una unidad de cuidados paliativos, no se ha asumido aún cuidados paliativos en nuestro hospital</p> <p>2. A nivel nacional si está la unidad de cuidados paliativos, pero en nuestra institución lo lidera la unidad de la terapia del dolor, con los médicos anestesiólogos</p> <p>3. Vamos de la mano, un poco retrasados, pero intentando brindar a nuestros pacientes los cuidados correspondientes</p> <p>4. Para el control del dolor es la cascada, siempre se inicia con Tramadol más agregados o Tramadol sólo, morfina a nivel subcutáneo, o tratamiento oral que hemos visto conducir a nuestros pacientes</p> <p>5. En el paciente hospitalizado el uso de la morfina endovenosa más agregados</p>

<p>endovenosa más agregados</p> <p>6. Cuando se planea si el paciente así lo amerita volver a casa es ingresar a las bombas elastoméricas con las cuales pueden controlar el dolor, en un inicio con un poco de alternantes, pero al final se acomoda muy bien el paciente, y va bien</p> <p>7. Yo creo que va bien teniendo en cuenta que hay pacientes que si bien es cierto el cáncer está en fase terminal pero no en inminente, entonces se pensaría en esas circunstancias de darles el alta con terapia del dolor</p> <p>8. Nosotros como profesionales de enfermería muchas veces en estas circunstancias delimitando mucha veces al paciente que está consciente que está en fase de brindar cuidados paliativos en una fase consciente en una fase primaria diríamos para tratar de diferenciar de los pacientes que están en fase muy deteriorada en el cual de repente el oncólogo determine que le queda un mes de vida o semanas que se pueden proyectar a través de los perfiles que les manejan comparado con el paciente que está en una fase terminal y que les auguran 6 o 8 meses de vida</p>	<p>6. Cuando se planea que el paciente vulva a casa es utilizar las bombas elastoméricas con las cuales se controla el dolor, en un inicio con un poco de alternantes, pero al final se acomoda muy bien el paciente, y va bien</p> <p>7. Hay pacientes con cáncer en fase terminal pero no en inminente, entonces se pensaría en esas circunstancias de darles el alta con terapia del dolor</p> <p>8. Como profesionales de enfermería en estas circunstancias delimitando al paciente que está consciente, en fase de brindar cuidados paliativos, en una fase primaria para tratar de diferenciar de los pacientes que están en fase muy deteriorada en el cual el oncólogo determine que le queda un mes de vida o semanas que se pueden proyectar a través de los perfiles que les manejan comparado con el paciente que está en una fase terminal y que les auguran 6 o 8 meses de vida</p> <p>9. En ese cuidado nosotros</p>
---	--

<p>9. Entonces ese tipo de Cuidado nosotros diferenciamos porque hay uno en el que tú puedes hablar con el paciente, los consejos del uso de los citotóxicos y su efectos secundarios, el llamado de auxilio muchas veces para poder nosotros seguir controlando las fases de sus molestias que normalmente a veces son relacionados todos con el problema principal que es el problema oncológico y los efectos secundarios que puede como son el estreñimiento, como puede ser la inapetencia, como puede ser en algunos momentos la alternancia del dolor controlada en la cual nosotros podemos brindarles</p> <p>10. Entonces ese es un tipo de paciente que está llegando a un cuidado paliativo, pero también en algunas circunstancias nos hemos visto involucrados en una fase terminal próxima en brindar una sedación paliativa, cuando es más que todo ya brindarles un confort mayor al paciente y nos toca brindar muchas veces la educación a la familia, al cuidador principal, que se encuentra en esos instantes y poder brindar un apoyo de consejería de apoyo psicológico, de</p>	<p>diferenciamos porque puedes hablar con el paciente, darle las recomendaciones, sobre el uso de los citotóxicos, signos de alarma y su efectos secundarios como: estreñimiento, inapetencia; durante el tiempo en que el dolor esté controlado.</p> <p>10. El paciente que necesita cuidados paliativos, en algunas circunstancias se ha brindado una sedación paliativa, confort y educación a la familia, al cuidador principal, que se encuentra en esos instantes y poder brindar apoyo psicológico, religioso y unas palabras ya sea al paciente o a la familia, esos son nuestros cuidados en el servicio</p>
--	---

<p>poder de repente ser intermediario de que pueda venir un consejero religioso y poder brindar de repente unas palabras ya sea al paciente o a la familia, esos son nuestros cuidados en el servicio</p> <p>11. En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99%</p> <p>12. el detalle es que en estas últimas etapas, es que sólo estamos involucrando a un cuidador principal, cuando muchas veces esto se alarga más semanas, el cuidador comienza a tener problemas que no estamos cuidando al cuidador</p> <p>13. es por ello que en algunas instituciones no sólo involucran a una sola persona porque tiene que haber alternancia como mínimo de 2 a 3 personas en brindar el cuidado a este tipo de pacientes, porque es agotador estar 24 horas al pendiente de una persona y 24 horas por 7 días y luego 7 días más y he allí la importancia de hablar de alternancia</p> <p>14. pero vuelvo a repetir, estas últimas instancias de pandemia en la cual se hace complicado el hacer ingresar a los familiares o el cuidador para hacer alternancia, es difícil y nos da temor al</p>	<p>11. En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99%</p> <p>12. En esta última etapa, sólo estamos involucrando a un cuidador principal, cuando muchas veces se alarga más semanas, el cuidador comienza a tener problemas, no estamos cuidando al cuidador</p> <p>13. En algunas instituciones no sólo involucran a una sola persona porque tiene que haber alternancia como mínimo de 2 a 3 personas para cuidar a este tipo de pacientes, es agotador estar 24 horas al pendiente de una persona y por 7 días y luego 7 días más y he allí la importancia de hablar de alternancia</p> <p>14. Debido a la pandemia se hace complicado ingresar a los familiares para hacer alternancia, nos da temor al personal sanitario para hacer ese tipo de</p>
---	---

<p>personal sanitario para hacer ese tipo de aperturas por ahora, pero considero que debe existir alguna medida que en el futuro más cercano debemos admitir para poder involucrar a más de uno que se involucre, ya tenemos experiencia de cómo muchas veces ha afrontado la familia y lo que al final rescatamos</p> <p>15. es ver de que nosotros los profesionales brindamos al máximo nuestra atención con el paciente y con el familiar y esto se remonta con las palabras de agradecimiento en la cual nos reconforta de qué estamos haciendo las cosas positivas, estamos haciendo cosas que mejoran el estado del paciente</p> <p>16. soy uno de los que proclama muchas veces cuando llegan los últimos días ya no estoy atendiendo solamente un paciente sino el paciente y muchas veces el cuidador están inmersos en ese paciente</p> <p>17. Sí, de hecho qué pasa y muchas veces pasa cuando son pacientes que llegan a sus últimos días teniendo 41 años, que es diferente con un paciente que tiene 78 años, o sea claro que pasa, claro que nos cargamos, digamos la carga emocional o la carga afectiva que</p>	<p>aperturas por ahora, pero considero que debe existir alguna medida para poder involucrar a más de uno.</p> <p>15. Nosotros los profesionales brindamos al máximo nuestra atención con el paciente y con el familiar y esto se remonta con las palabras de agradecimiento en la cual nos reconforta de qué estamos haciendo las cosas positivas, estamos haciendo cosas que mejoran el estado del paciente</p> <p>16. soy uno de los al llegar los últimos días de vida del paciente, no atendiendo solo al paciente, también al cuidador</p> <p>17. Sí, muchas veces pasa cuando son pacientes que llegan a sus últimos días teniendo 41 años, que es diferente con un paciente que tiene 78 años, nos cargamos emocional</p>
---	--

<p>brindamos al paciente</p> <p>18. y por un lado vale bien desconectar estos tres días de ausencia hospitalaria que es nuestro espacio de tiempo libre en el cual nos va bien por un lado, pero por otro lado de repente demandamos del apoyo también psicoemocional de un profesional que nos esté refrescando la conducta que debemos tener para poder dejar que las cosas vayan pasando y que no llevemos mucha carga hacia la casa</p> <p>19. Las emociones saltan a la vista de repente una afectación en las emociones, de repente ruedan unas lágrimas o se quiebra la voz cuando se recuerda a esa persona y más cuando has podido compartir momentos de plática, momentos de proyectos sabiendo de que deja a un niño en casa, sabiendo de que su madre aun se queda impactada con lo que ha pasado</p> <p>20. claro es una afectación emocional, nos hemos quebrado muchas veces, pero tengamos en cuenta que el yo quebrarme, el yo poder llorar delante de mi paciente, no me hace menos profesional</p> <p>21. yo recuerdo mucho las palabras de</p>	<p>18. Vale bien desconectar estos tres días de ausencia hospitalaria, es nuestro espacio de tiempo libre, pero demandemos del apoyo psicoemocional de un profesional que nos refresque la conducta que debemos tener para que no llevemos mucha carga hacia la casa</p> <p>19. Las emociones saltan a la vista, las emociones se ven afectadas, ruedan unas lágrimas o se quiebra la voz cuando se recuerda a esa persona y más cuando has podido compartir momentos de plática, sabiendo de que deja a un niño en casa, o que su madre queda impactada con lo que ha pasado</p> <p>20. Nos hemos quebrado muchas veces, pero el quebrarme, llorar delante de mi paciente, no me hace menos profesional</p> <p>21. Recuerdo mucho las palabras de</p>
--	--

<p>un médico paliativo que nos daba clases allá en las aulas universitarias en Barcelona, en el cual decía que eso debería ser algo normal que nosotros los profesionales podamos brindar eso como profesionales, a veces se cree que si lloras delante del paciente eres menos profesional, que se está embargando las cosas y que estás perdiendo tu profesionalidad, yo creo que eso es un error verlo desde ese punto de vista, el que podamos llorar más-menos no va a implicar tu profesionalismo, la calidad de atención y cuidado que brindamos a nuestros pacientes</p> <p>22. Sobre los cuidados paliativos en el servicio es que estamos en principio todavía</p> <p>23. no me gustan mucho los cuidados paliativos que brindamos en algunos momentos, no digo en todos porque en algunos momentos se ha conducido muy bien, hemos llegado a la parte final del paciente en despedida y todo y me parece muy bien</p> <p>24. pero nos falta, el equipo aún no está constituido, la unidad de cuidados paliativos no la tenemos, desde ahí ya partimos que no estamos haciendo bien</p>	<p>un médico paliativo, el cual decía que eso debería ser algo normal, a veces se cree que llorar delante del paciente y hace menos profesional, creo que llorar más-menos no va a implicar tu profesionalismo, la calidad de atención y cuidado que brindamos a nuestros pacientes</p> <p>22. Sobre los cuidados paliativos en el servicio es que estamos en principio todavía</p> <p>23. No me gustan mucho los cuidados paliativos que brindamos en algunos momentos, en algunos momentos se ha conducido muy bien, hemos llegado a la parte final del paciente en despedida y me parece muy bien</p> <p>24. Nos falta, el equipo aún no está constituido, la unidad de cuidados paliativos no la tenemos, desde ahí partimos que no estamos haciendo bien</p>
---	---

<p>todavía las cosas</p> <p>25. yo creo que estamos justo en estos días recibiendo una formación de cuidados paliativos y en el futuro de repente pueda ser fortalecedor para nuestra institución del hospital y no sólo oncología, porque ojo, cuidados paliativos no es exclusividad de oncología, eso sí que quede claro, que también hay pacientes cardíacos crónicos, también hay pacientes de otras especialidades que requieren muchas veces de cuidados paliativos</p> <p>26. y vuelvo a repetir cuidados paliativos es cuando si bien es cierto ya no hay tratamiento que ayude, entonces ya podemos brindar cuidados paliativos según nos habla la literatura, según nos hablan los profesionales que adversan sobre los cuidados paliativos, de que no nos aboquemos a las últimas dos semanas en poder volcar todo nuestro conocimiento sobre cuidados paliativos, ojo, allí no les estaríamos haciendo bien</p> <p>27. Cuidados paliativos debe empezar ni bien se diagnostica, en nuestro caso ni bien diagnostican el cáncer a nuestro paciente ya comenzar a tener alternativas de que en algún momento pronto más</p>	<p>todavía las cosas</p> <p>25. En estos días estamos recibiendo una formación de cuidados paliativos y en el futuro de repente pueda ser fortalecedor para nuestra institución y no sólo oncología, cuidados paliativos no es exclusividad de oncología</p> <p>26. Cuidados paliativos es cuando ya no hay tratamiento que ayude, entonces ya podemos brindar cuidados paliativos según nos habla la literatura, de que no nos aboquemos a las últimas dos semanas en poder volcar todo nuestro conocimiento sobre cuidados paliativos, no estaríamos haciendo bien</p> <p>27. Cuidados paliativos debe empezar ni bien se diagnostica, en nuestro caso ni bien diagnostican el cáncer a nuestro paciente, tener alternativas.. Estamos yendo bien considero, pero aún estamos en inicio</p>
--	---

<p>que tarde, brindar cuidados paliativos. Estamos yendo bien considero, pero aún estamos en inicio a mi entender, en mi experiencia</p> <p>28. Nuestra unidad es privilegiada y esa sí es una fortaleza, de ser un grupo joven, un grupo compacto, que difícilmente nos están rotando hacia otros servicios, el grupo es compacto, como fortaleza</p> <p>29. pero un poco resquebraja cuando dejamos de tener la alternativa de reemplazo en un profesional capacitado, entonces considero de que deberíamos, lo ideal claro está, es apuntar de que los reemplazos cuando hay ausencia del personal por salud o por sus vacaciones, es que podamos tener alternativas de quién vaya a nuestro servicio a continuar en el cuidado de este tipo de pacientes, para poder estar entrenados, entonces debemos tener un entrenamiento alternativo, para más enfermeros(as)</p> <p>30. incluso en la parte médica yo creo que lo hacen bien, pero necesitamos tener protocolizados, por ejemplo, cuáles son los tratamientos, cuáles son los cuidados, para poder nosotros hablar idiomas comunes con sus cosas que de</p>	<p>28. Nuestra unidad es privilegiada y esa sí es una fortaleza, de ser un grupo joven, compacto, que difícilmente nos están rotando hacia otros servicios, el grupo es compacto, como fortaleza</p> <p>29. El cuidado se resquebraja cuando no hay alternativa de reemplazo en un profesional capacitado, lo ideal es apuntar de que los reemplazos continúen en el cuidado de este tipo de pacientes, estar entrenados, debemos tener un entrenamiento para más enfermeros</p> <p>30. En la parte médica yo creo que lo hacen bien, pero necesitamos tener protocolizados, los tratamientos, los cuidados, para hablar un idioma común y más en estos pacientes de cuidados paliativos.</p>
--	---

<p>repente agregan como un poquito más de sal, un poquito menos azúcar, eso ya es particularidad lo que sí debemos es protocolizar mucho nuestros tratamientos y más en estos pacientes de cuidados paliativos.</p> <p>31. El enfrentarnos muchas veces a este final, hay diferentes formas, a veces de cómo lo espera la familia, muchas veces claro romper en llanto, más en casos inesperados cuando no habido preparación de la familia, claro que es más impacto</p> <p>32. pero es diferente, tenemos culturas diferentes, diríamos como en la cultura gitana, mientras la esposa no llore amargamente se comenta que no lo quería al esposo, pero es cultura, de cómo afrontar la muerte</p> <p>33. nosotros como profesionales debemos estar susceptibles o esperar de lo que pueda pasar en la familia en el desenlace final</p> <p>34. pero si nosotros somos muy claros en el momento oportuno, que el paciente no está yendo bien, que el paciente se le ha dado una sedación para que el paciente padezca de menos dolor antes de que sufrimiento la familia te va</p>	<p>31. Hay diferentes formas de enfrentarnos a este final, a veces la familia rompe en llanto, más en casos inesperados cuando no hubo preparación de la familia</p> <p>32. Tenemos culturas diferentes, como en la cultura gitana, mientras la esposa no llore amargamente se comenta que no quería al esposo</p> <p>33. Nosotros debemos estar preparados para las reacciones de la familia en el desenlace final</p> <p>34. Si nosotros somos muy claros en el momento oportuno, la familia va entendiendo y va aceptando porque éste es el ciclo del duelo</p>
---	--

<p>entendiendo y va aceptando porque éste es digamos el ciclo del duelo</p> <p>35. ojo, que también tenemos que dominar esta parte del duelo, porque si tú no sabes cuáles son las etapas del duelo te va a impactar lo que va a ocurrir, te van a echar la culpa, te van a comenzar a culpar, pero esa es parte del duelo, no es que te impacte, de qué te eche la culpa a ti y murió el paciente, está dentro de la fase, entonces lo que tenemos que llegar los que conocemos las etapas del duelo</p> <p>36. es de que esta familia incite la aceptación, llegué a la aceptación final y pueda hacer la reconversión de sus vidas y continuar el día a día</p> <p>37. yo veo eso, que nos falta de repente darle la alternativa al paciente, a la familia que su deseo del paciente es morir en casa y muchas veces se ha truncado este deseo del paciente y muchas veces lo hemos visto morir en cuatro paredes</p> <p>38. entonces cuando de repente el paciente se quería despedir del nieto, de sus pequeños, si tenía hijos pequeños, y los ambientes hospitalarios son pequeños y en los ambientes hospitalarios no</p>	<p>35. Tenemos que dominar esta parte del duelo, porque si tú no sabes cuáles son las etapas del duelo te va a impactar lo que va a ocurrir, te van a culpar por la muerte del paciente, entonces tenemos que conocer las etapas del duelo</p> <p>36. Debemos apoyar a que la familia llegué a la aceptación final, pueda hacer la reconversión de sus vidas y continuar el día a día</p> <p>37. Nos falta darle la alternativa al paciente o a la familia, quizá su deseo es morir en casa y muchas veces se ha truncado este deseo lo hemos visto morir en cuatro paredes</p> <p>38. Los ambientes hospitalarios son pequeños y no se permiten el ingreso de un menor de 8 años, si su deseo es que su hija de 15 años lo pueda visitar, pues cumplamos este tipo de deseo, a veces</p>
---	---

<p>permiten el ingreso de un menor de 8 años, entonces no lo vas a tener en esas circunstancias si le hubiéramos dado esas permisivas, si su deseo de este paciente es que su hija de 15 años lo pueda venir a visitar, pues brindemos este tipo de deseo y a veces no lo estamos haciendo</p> <p>39. por eso digo que nos falta claro que nos puede ser alternativa un equipo o una unidad de cuidados paliativos que trabaje con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio, de cuánto estamos haciendo para extender las unidades que brindan atención intrahospitalaria pero se está aún muy limitado o sea tienes que tener ciertos requisitos para que el profesional vaya a tu casa y pueda brindar cuidados paliativos.</p>	<p>no lo estamos haciendo</p> <p>39. Nos falta un equipo o una unidad de cuidados paliativos que trabaje con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio</p>
---	---

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Para el control del dolor siempre se inicia con Tramadol más agregados o Tramadol sólo, morfina a nivel subcutáneo, o tratamiento oral (4) En el paciente hospitalizado el uso de la morfina endovenosa más agregados (5) Cuando se planea que el paciente vuelva a casa, se utilizan las bombas elastoméricas con las cuales se controla el dolor, en un inicio con un poco de alternantes, pero al final se acomoda muy bien el paciente, y va bien(6)</p> <p style="text-align: center;">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Cuando no hay tratamiento que ayude, entonces podemos brindar</p>	<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Para el control del dolor siempre se inicia con Tramadol más agregados o Tramadol sólo, morfina a nivel subcutáneo, o tratamiento oral. En el paciente hospitalizado el uso de la morfina endovenosa más agregados. Cuando se planea que el paciente vuelva a casa, se utilizan las bombas elastoméricas</p> <p style="text-align: center;">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Cuando no hay tratamiento que ayude, podemos brindar cuidados</p>

cuidados paliativos según nos habla la literatura, de que no nos aboquemos a las últimas dos semanas para volcar todo nuestro conocimiento, no estaríamos haciendo bien (26)

Cuidados paliativos debe empezar ni bien se diagnostica el cáncer a nuestro paciente, tener alternativas. (27)

**NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE
CUIDADOS PALIATIVOS Y UN
EQUIPO DE SALUD
ESPECIALIZADO**

3. Nuestra realidad local es de que no tenemos una unidad de cuidados paliativos, no se ha asumido en nuestro hospital(1) Nos falta, el equipo aún no está constituido, desde ahí partimos que no estamos haciendo bien todavía las cosas (24) trabajar con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio (39) Necesitamos tener protocolizados, los tratamientos, los cuidados, para hablar un idioma en común y más en estos pacientes de cuidados paliativos.(30)

paliativos según la literatura no nos aboquemos a las últimas dos semanas para volcar todo nuestro conocimiento, no estaríamos haciendo bien

Cuidados paliativos debe empezar ni bien se diagnostica el cáncer a nuestro paciente, tener alternativas.

**NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE
CUIDADOS PALIATIVOS Y UN
EQUIPO DE SALUD
ESPECIALIZADO**

3. A nivel local no tenemos una unidad de cuidados paliativos, no se ha asumido en nuestro hospital. El equipo aún no está constituido, desde ahí partimos que no estamos haciendo bien todavía las cosas, trabajar con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio. Necesitamos tener protocolizados, los tratamientos, los cuidados, para hablar un idioma en común y más en estos pacientes de cuidados paliativos.

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO

4. Las emociones se ven afectadas, ruedan unas lágrimas o se quiebra la voz cuando se recuerda a esa persona y más cuando has podido compartir momentos de plática, sabiendo que deja a un niño encasa, o que su madre queda impactada con lo que ha pasado(19) Nos hemos quebrado muchas veces, pero el quebrarme, llorar delante de mi paciente, no me hace menos profesional(20)

DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

5. El cuidado se resquebraja cuando no hay alternativa de reemplazo en un profesional capacitado, lo ideal es apuntar de que los reemplazos continúen en el cuidado de este tipo de pacientes, estar entrenados, debemos tener un entrenamiento para más enfermeros (29) Los ambientes hospitalarios son pequeños y no se permiten el ingreso de varios familiares, si su deseo es que su

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO

4. Las emociones se ven afectadas, ruedan unas lágrimas o se quiebra la voz cuando se recuerda a esa persona y más con la que he platicado, sabiendo que deja a un niño en casa.

Nos hemos quebrado muchas veces, pero el quebrarme, llorar delante de mi paciente, no me hace menos profesional.

DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA

5. El cuidado se resquebraja cuando no hay profesionales capacitados en el área para que nos remplace, lo ideal es que estén entrenados en el cuidado de este tipo de pacientes

Los ambientes hospitalarios son pequeños y no se permiten el ingreso de varios familiares, muchas veces no podemos cumplir los deseos del paciente de ver a alguno de sus familiares

<p>hija de 15 años lo pueda visitar, pues cumplamos este tipo de deseo, a veces no lo estamos haciendo (38)</p> <p style="text-align: center;">ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. Hay diferentes formas de enfrentarnos a este final, a veces la familia rompe en llanto, más en casos inesperados cuando no hubo preparación de la familia (31)</p> <p>Tenemos que dominar esta parte del duelo, de lo contrario te va a impactar, te van a culpar por la muerte del paciente, entonces tenemos que conocer las etapas del duelo (35)</p> <p>Nos falta darle la alternativa al paciente o a la familia, quizá su deseo es morir en casa y muchas veces se ha truncado este deseo lo hemos visto morir en cuatro paredes (37)</p> <p style="text-align: center;">IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>7. En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99%(11)</p>	<p style="text-align: center;">ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. Hay diferentes formas de enfrentarnos a este final, a veces la familia rompe en llanto, más en casos inesperados cuando no hubo preparación</p> <p>Tenemos que dominar esta parte del duelo, conocer sus etapas. Nos falta darle la alternativa al paciente o a la familia, quizá su deseo es morir encasa y muchas veces se ha truncado</p> <p style="text-align: center;">IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>7. En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99%. estamos</p>
--	--

<p>Últimamente estamos involucrando sólo a un cuidador principal, cuando muchas veces se alarga la hospitalización, el cuidador comienza a tener problemas, no estamos cuidando al cuidador (12)</p> <p>Debido a la pandemia se hace complicado ingresar a los familiares para hacer alternancia, nos da temor al personal sanitario para hacer ese tipo de aperturas por ahora, pero considero que debe existir alguna medida para poder involucrar a más de uno. (14)</p> <p>ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO</p> <p>8. En ese cuidado nosotros diferenciamos porque puedes hablar con el paciente, darle las recomendaciones, sobre el uso de los citotóxicos, signos de alarma y su efectos secundarios como: estreñimiento, inapetencia; durante el tiempo en que el dolor esté controlado.(9)</p>	<p>involucrando sólo a un cuidador principal, cuando muchas veces se alarga la hospitalización, el cuidador comienza a tener problemas, no estamos cuidando al cuidador</p> <p>Debido a la pandemia se hace complicado ingresar a los familiares para hacer alternancia, nos da temor al personal para hacer ese tipo de aperturas por ahora, pero considero que debe existir alguna medida para poder involucrar a más de uno.</p> <p>ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO</p> <p>8. En ese cuidado puedes hablar con el paciente, darle las recomendaciones, sobre el uso de los citotóxicos, signos de alarma y su efectos secundarios como: estreñimiento, inapetencia; durante el tiempo en que el dolor esté controlado.</p>
---	--

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

La persona entrevistada manifiesta que a él no le gustan mucho los cuidados paliativos que brindan en algunos momentos, puesto que no siempre se ha conducido muy bien debido a ciertas limitaciones. Referente al manejo del dolor oncológico refiere que es necesario la administración de tramadol y morfina a nivel subcutáneo, oral y endovenoso.

Comenta que a nivel local no se cuenta con una unidad de cuidados paliativos, en su institución lo lidera la unidad de la terapia del dolor, con los médicos anestesiólogos, el equipo aún no está constituido, esto hace suponer que no están haciendo bien las cosas, trabajar con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio

Refiere que cuando brinda cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro sus emociones se han visto, sin embargo considera que llorar delante del paciente, no afecta su profesionalismo, la calidad de atención y cuidado.

En cuanto a las limitaciones que se presentan, comenta que el cuidado se resquebraja cuando no hay profesionales capacitados en el área, cuando necesitan de un reemplazo. Los ambientes hospitalarios son pequeños y no se permite el ingreso de varios familiares, lo que impide cumplir los deseos del paciente de ser acompañado por más de 1 familiar.

Ha sido testigo de diferentes formas de enfrentar final de la vida del paciente oncológico en etapa terminal, a veces la familia rompe en llanto, más en casos inesperados cuando no hubo preparación, es por ello que considera importante dominar esta parte del duelo, conocer sus etapas y brindar la alternativa al paciente o a la familia de ser atendido en casa.

DISCURSO N°08 MITOXANTRONA

Tengo la experiencia de que con los pacientes oncológicos nosotros estamos pendientes mayormente del dolor(1), cuando estamos controlando funciones vitales, les preguntamos si tienen dolor utilizando la escala del dolor, cuando me responden que tienen un eva de 2 o 3, estoy pendiente porque el dolor puede avanzar (2). La persona oncológica siempre es más susceptible al dolor tienen indicado la administración de analgésicos y cuando no es así, llamamos al clínico, pero siempre estamos pendiente de eso, que el paciente con dolor debe tener una indicación médica (3). También podemos brindarles comodidad y confort no solamente al paciente si no a la familia porque los familiares permanecen muchos días, a veces se encuentran irritables,(4) yo me doy un tiempo y converso con ellos les recomiendo cambiar cuidadores, porque el solo hecho de estar sentado es agotador, entonces converso con ellos(5) porque trabajar con el cuidador ayuda bastante, ellos están pendientes(6) y nosotros trabajamos con bastantes pacientes, en algunas oportunidades los atendemos muy rápido y avanzamos porque tenemos que ganar al tiempo(7), aprovechamos al familiar para que nos ayude y si es una familia que está cansado no nos va a ayudar en nada (8); yo valoro mucho el cuidado del familiar, el paciente oncológico a veces está hospitalizado 2 meses y necesita apoyo espiritual, tanto el paciente como el familiar, por qué ellos muchas veces están en una etapa de duelo o en una etapa de negación donde necesitan el apoyo psicológico y espiritual (9) y es por eso que nosotros estamos pendientes, sugerimos al doctor la interconsulta a psicología, para que el médico venga y converse con paciente y familiar (10), cuidados paliativos abarca todas las dimensiones y es la enfermera quien está pendiente de todas ellas(11), a veces los medicamentos se agotan, el paciente no tiene dinero(12), damos alternativas de ayuda para que ellos puedan conseguir sus medicamento, entre los familiares intercambian medicamentos, se conocen y se apoyan entre ellos(13). Los médicos indican las bombas de infusión para el dolor eso lo manejan los especialistas de terapia del dolor (14) porque son pacientes que tiene demasiado dolor, hablamos de un eva de 10, es mejor porque controlan el dolor, evita el sufrimiento del paciente y del familiar.

Para mi cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida de la persona y la familia aliviar su dolor, darle apoyo espiritual, apoyo psicosocial (15), por qué muchas veces las personas se ven aisladas de la sociedad, este cuidado abarca muchas dimensiones, no solamente el control del dolor, me gusta apoyarlos y me doy mi tiempo para poderlos ayudar. Las limitaciones es cuando falta personal, por licencias o vacaciones, a veces se cubre con extras pero no siempre, una enfermera se encarga de aproximadamente 20 pacientes lamentablemente es así un colega se hace responsable de todo el piso(16) y brinda cuidados a todos estos pacientes de oncología y hematológicos que necesitan transfusiones sanguíneas y se tiene que avanzar para no dejar muchos procedimientos pendiente. Lo adecuado sería que tengamos la unidad de cuidados paliativos, la limitación es la parte administrativa (17) y la falta de la inserción de personal de enfermería en la parte administrativa las personas encargadas de la gestión no tiene una visión de la problemática. Al familiar le hablamos en un lenguaje sencillo porque ellos muchas veces no nos van a entender, le decimos que observe los gestos del paciente para que ellos nos puedan avisar ante cualquier signo de alarma (18), Otra cosa que nos ayuda del familiar es en la alimentación, higiene, movilización (19), mayormente he sentido tristeza, los familiares sufren mucho, me entristece el sufrimiento de ellos, a veces me pregunto ¿porque damos tantos cuidados y no mejora el paciente? (20)

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. Tengo la experiencia de que con los pacientes oncológicos nosotros estamos pendientes mayormente del dolor</p> <p>2. Cuando estamos controlando funciones vitales, les preguntamos si tienen dolor utilizando la escala del dolor, cuando me responden que tienen un eva de 2 o 3, estoy pendiente porque el dolor puede avanzar</p> <p>3. La persona oncológica siempre es más susceptible al dolor tienen indicado la administración de analgésicos y cuando no es así, llamamos al clínico, pero siempre estamos pendiente de eso, que el paciente con dolor debe tener una indicación médica</p> <p>4. También podemos brindarles comodidad y confort no solamente al paciente si no a la familia porque los familiares permanecen muchos días, a veces se encuentran irritables</p> <p>5. Yo me doy un tiempo y conversó con ellos les recomiendo cambiar cuidadores, porque el solo hecho de</p>	<p>1. Con los pacientes oncológicos estamos pendientes mayormente del dolor</p> <p>2. Mientras controlamos funciones vitales, les preguntamos sobre el dolor utilizando la escala del dolor, y estoy pendiente si avanza</p> <p>3. El paciente oncológico siempre es susceptible al dolor tienen indicado la administración de analgésicos y cuando no es así, llamamos al clínico, pero siempre deben tener una indicación médica</p> <p>4. También podemos brindarles comodidad y confort no solamente al paciente si no a la familia porque los familiares permanecen muchos días, a veces se encuentran irritables</p> <p>5. Me doy un tiempo y conversó con ellos les recomiendo cambiar cuidadores, porque el solo hecho de estar sentado es</p>

<p>estar sentado es agotador, entonces conversó con ellos</p> <p>6. Trabajar con el cuidador ayuda bastante, ellos están pendientes</p> <p>7. Nosotros trabajamos con bastantes pacientes, en algunas oportunidades los atendemos muy rápido y avanzamos porque tenemos que ganar al tiempo</p> <p>8. Aprovechamos al familiar para que nos ayude y si es un familiar que está cansado no nos va a ayudar en nada</p> <p>9. Yo valoro mucho el cuidado del familiar, el paciente oncológico a veces está hospitalizado 2 meses y necesita apoyo espiritual, tanto el paciente como el familiar, por qué ellos muchas veces están en una etapa de duelo o en una etapa de negación donde necesitan el apoyo psicológico y espiritual</p> <p>10. Sugerimos al doctor la interconsulta a psicología, para que el médico venga y converse con paciente y familiar</p> <p>11. Cuidados paliativos abarca todas las dimensiones y es la enfermera quien está pendiente de todas ellas</p> <p>12. A veces los medicamentos se agotan, el paciente no tiene dinero</p> <p>13. Damos alternativas de ayuda para que ellos puedan conseguir sus</p>	<p>agotador</p> <p>6. Trabajar con el cuidador ayuda bastante, ellos están pendientes</p> <p>7. Trabajamos con bastantes pacientes, en algunas oportunidades los atendemos muy rápido y avanzamos porque tenemos que ganar al tiempo</p> <p>8. Aprovechamos al familiar para que nos ayude y si es un familiar que está cansado no nos va a ayudar</p> <p>9. Valoro mucho el cuidado del familiar, el paciente oncológico a veces está hospitalizado 2 meses y necesita apoyo espiritual, tanto el paciente como el familiar, están en una etapa de duelo o de negación donde necesitan el apoyo psicológico y espiritual</p> <p>10. Sugerimos al doctor la interconsulta a psicología, para que el médico venga y converse con paciente y familiar</p> <p>11. Cuidados paliativos abarca todas las dimensiones y es la enfermera quien está pendiente de todas ellas</p> <p>12. A veces los medicamentos se agotan, el paciente no tiene dinero</p> <p>13. Damos alternativas de ayuda para que ellos puedan conseguir sus</p>
---	---

<p>medicamento, entre los familiares intercambian medicamentos, se conocen y se apoyan entre ellos</p> <p>14. Los médicos indican las bombas de infusión para el dolor eso lo manejan los especialistas de terapia del dolor</p> <p>15. Para mi cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida de la persona y la familia aliviar su dolor, darle apoyo espiritual, apoyo psicosocial</p> <p>16. Las limitaciones es cuando falta personal, por licencias o vacaciones, a veces se cubre con extras pero nosiempre, una enfermera se encarga de aproximadamente 20 pacientes lamentablemente es así un colega se hace responsable de todo el piso</p> <p>17. Lo adecuado sería queque tengamos la unidad de cuidados paliativos, la limitación es la parte administrativa</p> <p>18. Al familiar le hablamos en un lenguaje sencillo porque ellos muchas veces no nos van a entender, le decimos que observe los gestos del paciente para que ellos nos puedan avisar ante cualquier signo de alarma</p> <p>19. Otra cosa que nos ayuda el familiar es en la alimentación, higiene, movilización</p>	<p>medicamento</p> <p>14. Los médicos indican las bombas de infusión para el dolor eso lo manejan los especialistas de terapia del dolor</p> <p>15. Para mi cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida de la persona y la familia aliviar su dolor, darle apoyo espiritual, apoyo psicosocial</p> <p>16. Nos limita la falta de personal, por licencias o vacaciones, una enfermera se encarga de aproximadamente 20 pacientes lamentablemente es así un colega se hace responsable de todo el piso</p> <p>17. Lo adecuado sería queque tengamos la unidad de cuidados paliativos</p> <p>18. Al familiar le hablamos en un lenguaje sencillo porque ellos muchas veces no nos van a entender, ellos nos pueden avisar ante cualquier signo de alarma</p> <p>19. El familiar también participa en la alimentación, higiene y movilización</p>
---	---

<p>20. Mayormente he sentido tristeza, los familiares sufren mucho, me entristece el sufrimiento de ellos, a veces me pregunto ¿porque damos tantos cuidados y no mejora el paciente?</p>	<p>20. Mayormente he sentido tristeza, los familiares sufren mucho, me entristece el sufrimiento de ellos, a veces me pregunto ¿porque damos tantos cuidados y no mejora el paciente?</p>
---	---

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Con los pacientes oncológicos estamos pendientes mayormente del dolor (1)</p> <p>Mientras controlamos funciones vitales, les preguntamos sobre el dolor utilizando la escala del dolor, y estoy pendiente si avanza (2)</p> <p>El paciente oncológico siempre es susceptible al dolor tienen indicado la administración de analgésicos y cuando no es así, llamamos al clínico, pero siempre deben tener una indicación médica para controlar el dolor (3)</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Para mi cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida de la persona y la familia aliviar su dolor, darle apoyo</p>	<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. De los pacientes oncológicos estoy pendiente mayormente del dolor, mientras controlamos funciones vitales, preguntamos sobre el dolor utilizando una escala y estoy pendiente si avanza. Este paciente es susceptible al dolor tienen indicado la administración de analgésicos y cuando no es así, llamamos al clínico, pero siempre deben tener una indicación médica para controlar el dolor</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida de la persona y la familia aliviar su dolor, darle apoyo espiritual, y</p>

<p>espiritual, apoyo psicosocial (15)</p> <p>NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Lo adecuado sería que tengamos la unidad de cuidados paliativos (17)</p> <p>TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO</p> <p>4. Mayormente he sentido tristeza, los familiares sufren mucho, me entristece el sufrimiento de ellos, a veces me pregunto ¿porque damos tantos cuidados y no mejora el paciente? (20)</p> <p>DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>5. Trabajamos con bastantes pacientes, en algunas oportunidades los atendemos muy rápido y avanzamos porque tenemos que ganar al tiempo (7) Nos limita la falta de personal, por licencias o vacaciones, una enfermera se encarga de aproximadamente 20 pacientes lamentablemente es así un colega se hace responsable de todo el piso (16)</p> <p>A veces los medicamentos se agotan, el</p>	<p>psicosocial</p> <p>NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Lo adecuado sería que tengamos la unidad de cuidados paliativos</p> <p>TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO</p> <p>4. Mayormente he sentido tristeza, me entristece el sufrimiento de pacientes y familiares, a veces me pregunto ¿porque damos tantos cuidados y no mejora el paciente?</p> <p>DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>5. Trabajamos con bastantes pacientes, en algunas oportunidades los atendemos muy rápido y avanzamos porque tenemos que ganar al tiempo, nos limita la falta de personal, por licencias o vacaciones, una enfermera se encarga de aproximadamente 20 pacientes, un colega se hace responsable de todo el piso. A veces los medicamentos se agotan y el</p>
--	--

<p>paciente no tiene dinero (12)</p> <p>ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. Me doy un tiempo y conversé con ellos les recomiendo cambiar cuidadores, porque el solo hecho de estar sentado es agotador (5)</p> <p>Valoro mucho el cuidado del familiar, el paciente oncológico a veces está hospitalizado 2 meses y necesita apoyo espiritual, tanto el paciente como el familiar, están en una etapa de duelo o de negación donde necesitan el apoyo psicológico y espiritual (9)</p> <p>Sugerimos al doctor la interconsulta a psicología, para que el médico venga y converse con paciente y familiar (10)</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>7. Trabajar con el cuidador ayuda bastante, ellos están pendientes (6)</p> <p>Aprovechamos al familiar para que nos ayude y si es un familiar que está cansado no nos va a ayudar (8)</p> <p>Al familiar le hablamos en un lenguaje sencillo porque ellos muchas veces no nos van a entender, ellos nos pueden</p>	<p>paciente no tiene dinero</p> <p>ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. Valoro mucho el cuidado del familiar, el paciente oncológico a veces está hospitalizado 2 meses y necesita apoyo espiritual, paciente y familiar están en una etapa de duelo o de negación donde necesitan el apoyo psicológico y espiritual. Me doy un tiempo y conversé con ellos, les recomiendo cambiar cuidadores, porque el solo hecho de estar sentado es agotador.</p> <p>Sugerimos al doctor la interconsulta a psicología, para que el médico venga y converse con paciente y familiar</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>7. Trabajar con el cuidador ayuda bastante, ellos están pendientes y aprovechamos al familiar para que nos ayude, le hablamos con un lenguaje sencillo para que nos entiendan y nos pueden avisar ante cualquier signo de alarma</p> <p>El familiar también participa en la</p>
--	---

<p>avisar ante cualquier signo de alarma (18) El familiar también participa en la alimentación, higiene y movilización(19)</p> <p>ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO</p> <p>8. Cuidados paliativos abarca todas las dimensiones y es la enfermera quien está pendiente de todas ellas (11)</p>	<p>alimentación, higiene y movilización</p> <p>ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO</p> <p>8. Cuidados paliativos abarca todas las dimensiones y es la enfermera quien está pendiente de todas ellas</p>
---	---

DISCURSO N° 09: IRINOTECAN

En cuanto a las experiencias profesionales es que he adquirido habilidades para aliviar el dolor, (1) al inicio cuando era una enfermera nueva y el médico no estaba era un problema cuando el paciente tenía dolor y no sabía cómo calmarlo, en el paso del tiempo he aprendido a usar los rescates, titular la analgesia (2), otra experiencia muy buena para mí fue el manejo de quimioterapia. (3)

En cuanto a los sentimientos que he tenido ha sido un proceso bien difícil, vivo sola en la ciudad entonces me generaba sentimientos de tristeza(4),, habían pacientes que me marcaban, como por ejemplo madres que estaban dejando a sus hijos huérfanos, o cuando una madre perdía a su único hijo(5). Eran experiencias que me motivaban mucho al llanto, me aferraba mucho a la oración para poder realizar un buen cuidado,(6)me hacían ver la vida de otra manera, acordarme del sufrimiento de la gente, me hizo más sensible y amar más a las personas,(7) yo pensaba que era la única pero al hablarlo con otras compañeras me daba cuenta que no era la única que iba a casa y lloraba y oraba, yo pensaba que era la única pero hay colegas que pasaban lo mismo que yo(8).

Cuando el paciente tenía un proceso de un dolor al inicio tenía temor al usar los rescates, pero luego coordinaba con el médico, lo registraba en la historia clínica y se hacían las modificaciones de acuerdo a lo que yo le informaba.(9)

En cuanto a la participación del familiar podría decir que ellos apoyaban en su higiene, ayudarlos en su movilización, y ayudan mucho porque ellos son los que dan aviso, alivian un poco el trabajo (10).

Este tipo de pacientes demandan más desgaste físico y emocional, porque si veía a un paciente terminal yo sabía que iba a fallecer, hay poco tiempo para poder brindar estos cuidados. (11), pero lo que quería lograr es darle una muerte digna, no podía descuidarlo, genera responsabilidad de darle cuidados para el alivio del dolor principalmente, y apoyo emocional lograr en ellos una sonrisa, tranquilidad, son pacientes que necesitan de mucha atención para que no entren en pánico o depresión (12).

Una de las cosas que estoy segura es que Dios existe, entonces frente a algo que tú ya no puedes hacer nada, lo único que podemos hacer es acercarla a Dios (13), prepararla para el momento que va a llegar, lo que yo hacía era prepararme en casa espiritualmente y luego yo llevaba mensajes sobre cómo superar el temor y las manifestaciones de Dios (14). Esa es una de las formas que puede ayudarlos, si funcionaba en mí, creo que podría funcionar en ellos.(15)

Para mí, cuidados paliativos son esos cuidados que alivian el sufrimiento del paciente y brindar un cuidado humanizado, darle una muerte digna, tratándolo como ser humano hasta después de la muerte. (16)

Es por ello que necesitamos una unidad de cuidados paliativos dentro del hospital para mejorar estos cuidados, con la finalidad de lograr el respeto a la persona hasta el final de su vida. (17)

La enfermera se encarga de todo, es la que vigila al paciente las 24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia (18)

CUADRO DE ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<p>1. En cuanto a las experiencias profesionales es que he adquirido habilidades para aliviar el dolor</p> <p>2. Al inicio cuando era una enfermera nueva y el médico no estaba era un problema cuando el paciente tenía dolor y no sabía cómo calmarlo, en el paso del tiempo he aprendido a usar los rescates, titular la analgesia</p> <p>3. Otra experiencia muy buena para mí fue el manejo de quimioterapia.</p> <p>4. En cuanto a los sentimientos que he tenido ha sido un proceso bien difícil, vivo sola en la ciudad entonces me generaba sentimientos de tristeza</p> <p>5. Habían pacientes que me marcaban, como por ejemplo madres que estaban dejando a sus hijos huérfanos, o cuando una madre perdía a su único hijo</p> <p>6. Eran experiencias que me motivaban mucho al llanto, me aferraba mucho a la oración para poder realizar un buen cuidado</p> <p>7. Me hacían ver la vida de otra</p>	<p>1. En cuanto a las experiencias profesionales es que he adquirido habilidades para aliviar el dolor</p> <p>2. Cuando era una enfermera nueva y el médico no estaba era un problema cuando el paciente tenía dolor y no sabía cómo calmarlo, en el paso del tiempo he aprendido</p> <p>3. Otra experiencia muy buena para mí fue el manejo de quimioterapia.</p> <p>4. En cuanto a los sentimientos que he tenido ha sido un proceso bien difícil, me generaba sentimientos de tristeza</p> <p>5. Habían pacientes que me marcaban, como por ejemplo madres que estaban dejando a sus hijos huérfanos, o cuando una madre perdía a su único hijo</p> <p>6. Eran experiencias que me motivaban mucho al llanto, me aferraba mucho a la oración para poder realizar un buen cuidado</p> <p>7. Me hacían ver la vida de otra</p>

manera, acordarme del sufrimiento de la gente, me hizo más sensible y amar más a las personas,

8. Yo pensaba que era la única pero al hablarlo con otras compañeras me daba cuenta que no era la única que iba a casa y lloraba y oraba, yo pensaba que era la única pero hay colegas que pasaban lo mismo que yo.

9. Cuando el paciente tenía un proceso de un dolor al inicio tenía temor al usar los rescates, pero luego coordinaba con el médico, lo registraba en la historia clínica y se hacían las modificaciones de acuerdo a lo que yo le informaba.

10. En cuanto a la participación del familiar podría decir que ellos apoyaban en su higiene, ayudarlos en su movilización, y ayudan mucho porque ellos son los que dan aviso, alivian un poco el trabajo.

11. Este tipo de pacientes demandan más desgaste físico y emocional, porque si veía a un paciente terminal yo sabía que iba a fallecer, hay poco tiempo para poder brindar estos cuidados.

12. Pero lo que quería lograr es darle

manera, acordarme del sufrimiento de la gente, me hizo más sensible y amar más a las personas,

8. Yo pensaba que era la única pero al hablarlo con otras compañeras me daba cuenta que no era la única que iba a casa y lloraba y oraba

9. Cuando el paciente tenía un proceso de un dolor se coordinaba con el médico, lo registraba en la historia clínica y se hacían las modificaciones de acuerdo a lo que yo le informaba.

10. Los familiares apoyaban en su higiene, movilización, ayudan mucho porque ellos son los que dan aviso, alivian un poco el trabajo.

11. Este tipo de pacientes demandan más desgaste físico y emocional, hay poco tiempo para poder brindar estos cuidados.

12. Lo que quería lograr es darle una muerte digna, no podía descuidarlo,

una muerte digna, no podía descuidarlo, genera responsabilidad de darle cuidados para el alivio del dolor principalmente, y apoyo emocional lograr en ellos una sonrisa, tranquilidad, son pacientes que necesitan de mucha atención para que no entren en pánico o depresión

13. Una de las cosas que estoy segura es que Dios existe, entonces frente a algo que tú ya no puedes hacer nada, lo único que podemos hacer es acercarla a Dios.

14. Prepararla para el momento que va a llegar, lo que yo hacía era prepararme en casa espiritualmente y luego yo llevaba mensajes sobre cómo superar el temor y las manifestaciones de Dios

15. Esa es una de las formas que puede ayudarlos, si funcionaba en mí, creo que podría funcionar en ellos.

16. Para mí, cuidados paliativos son esos cuidados que alivian el sufrimiento del paciente y brindar un cuidado humanizado, darle una muerte digna, tratándolo como ser humano hasta después de la muerte.

17. Es por ello que necesitamos una unidad de cuidados paliativos dentro

genera responsabilidad de darle cuidados para el alivio del dolor principalmente, y apoyo emocional lograr en ellos una sonrisa, tranquilidad, son pacientes que necesitan de mucha atención para que no entren en pánico o depresión

13. Una de las cosas que estoy segura es que Dios existe, entonces frente a algo que tú ya no puedes hacer nada, lo único que podemos hacer es acercarla a Dios.

14. Prepararla para el momento que va a llegar, lo que yo hacía era prepararme en casa espiritualmente y luego yo llevaba mensajes sobre cómo superar el temor y las manifestaciones de Dios

15. Si funcionaba en mí, creo que podría funcionar en ellos.

16. Para mí, cuidados paliativos son esos cuidados que alivian el sufrimiento del paciente y brindar un cuidado humanizado, darle una muerte digna, tratándolo como ser humano hasta después de la muerte.

17. Es por ello que necesitamos una unidad de cuidados paliativos dentro

<p>del hospital para mejorar estos cuidados, con la finalidad de lograr el respeto a la persona hasta el final de su vida.</p> <p>18. La enfermera se encarga de todo, es la que vigila al paciente las 24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia.</p>	<p>del hospital para mejorar estos cuidados, con la finalidad de lograr el respeto a la persona hasta el final de su vida.</p> <p>18. La enfermera se encarga de todo, vigila al paciente las 24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia.</p>
---	---

CUADRO DE CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO

<p align="center">CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO</p>	<p align="center">UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS</p>
<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Cuando el paciente tenía un proceso de un dolor se coordinaba con el médico, lo registraba en la historia clínica y se hacían las modificaciones de acuerdo a lo que yo le informaba (9)</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Para mí, cuidados paliativos son esos cuidados que alivian el sufrimiento del paciente y brindar un cuidado humanizado, darle una muerte digna, tratándolo como ser humano hasta después de la muerte.(16)</p>	<p align="center">NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. Cuando el paciente tenía un proceso de un dolor se coordinaba con el médico, lo registraba en la historia clínica y se hacían las modificaciones de acuerdo a lo que yo le informaba</p> <p align="center">CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR</p> <p>2. Para mí, cuidados paliativos son esos cuidados que alivian el sufrimiento del paciente y brindar un cuidado humanizado, darle una muerte digna, tratándolo como ser humano hasta después de la muerte.</p>

<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Es por ello que necesitamos una unidad de cuidados paliativos dentro del hospital para mejorar estos cuidados, con la finalidad de lograr el respeto a la persona hasta el final de su vida. (17)</p>	<p style="text-align: center;">NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p> <p>3. Es por ello que necesitamos una unidad de cuidados paliativos dentro del hospital para mejorar estos cuidados, con la finalidad de lograr el respeto a la persona hasta el final de su vida.</p>
<p style="text-align: center;">TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO</p> <p>4. En cuanto a los sentimientos que he tenido ha sido un proceso bien difícil, me generaba sentimientos de tristeza (4) Habían pacientes que me marcaban, como por ejemplo madres que estaban dejando a sus hijos huérfanos, o cuando una madre perdía a su único hijo (5) Eran experiencias que me motivaban mucho al llanto, me aferraba mucho a la oración para poder realizar un buen cuidado (6) Yo pensaba que era la única pero al hablarlo con otras compañeras me daba cuenta que no era la única que iba a casa</p>	<p style="text-align: center;">TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO</p> <p>4. En cuanto a los sentimientos que he tenido ha sido un proceso bien difícil, me generaba sentimientos de tristeza. Habían pacientes que me marcaban, como por ejemplo madres que estaban dejando a sus hijos huérfanos, o cuando una madre perdía a su único hijo. Eran experiencias que me motivaban mucho al llanto, me aferraba mucho a la oración para poder realizar un buen cuidado. Yo pensaba que era la única pero al hablarlo con otras compañeras me daba cuenta que no era la única que</p>

<p>y lloraba y oraba (8)</p> <p>DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>5. Este tipo de pacientes demandan más desgaste físico y emocional, hay poco tiempo para poder brindar estos cuidados.(11)</p> <p>ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>6. Lo que quería lograr es darle una muerte digna, no podía descuidarlo, genera responsabilidad de darle cuidados para el alivio del dolor principalmente, y apoyo emocional lograr en ellos una sonrisa, tranquilidad, son pacientes que necesitan de mucha atención para que no entren en pánico o depresión (12)</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>7. Los familiares apoyaban en su higiene, movilización, ayudan</p>	<p>iba a casa y lloraba y oraba</p> <p>DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>9. Este tipo de pacientes demandan más desgaste físico y emocional, hay poco tiempo para poder brindar estos cuidados.</p> <p>ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>10. Lo que quería lograr es darle una muerte digna, no podía descuidarlo, genera responsabilidad de darle cuidados para el alivio del dolor principalmente, y apoyo emocional lograr en ellos una sonrisa, tranquilidad, son pacientes que necesitan de mucha atención para que no entren en pánico o depresión</p> <p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>11. Los familiares apoyaban en su higiene, movilización, ayudan</p>
---	---

mucho porque ellos son los quedan
aviso, alivian un poco el trabajo.

**ENFERMERO: PROTAGONISTA
DEL CUIDADO**

8. La enfermera se encarga de todo, vigila al paciente las 24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia. (18)

mucho porque ellos son los quedan
aviso, alivian un poco el trabajo.

**ENFERMERO: PROTAGONISTA
DEL CUIDADO**

12. La enfermera se encarga de todo, vigila al paciente las 24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia.

ANEXO N°02: CUADRO DE CONVERGENCIAS

UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS	*	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
<p>NECESIDAD DE ACTUAR OPORTUNAMENTE ANTE EL DOLOR COMO SÍNTOMA PRINCIPAL</p> <p>1. El síntoma más común que padecen estos pacientes es el dolor, la intensidad y forma es diferente; El dolor del paciente por lo general se maneja con fármacos. En cuanto al tratamiento farmacológico, el paracetamol no hará efecto, es necesario administrar: codeína, tramal con gravol, y morfina. Leía sobre los factores externos relacionados con el estrés del paciente, como el ruido y nosotros con nuestro coche hacemos tremendo ruido desde las 5 de la mañana, o cuando llenan el oxígeno es otro ruido tremendo, he escuchado al paciente quejarse sobre la luz que ingresa por las habitaciones que no tienen una cortina de fácil manejo para ellos, creo que eso aumentar el dolor en el</p>	I ₁		C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉

paciente	II₁	C₁		C₃	C₄	C₅	C₆	C₇	C₈	C₉
<p>2. Cuando el paciente está sufriendo mayormente nosotros aplicamos la sedoanalgesia, calmamos el dolor con la administración de analgésicos Hay pacientes a los que no les calmamos el dolor con nada, están con dosis máximas y siguen teniendo dolor.</p>										
<p>3. Muchas veces lo vemos inquieto, quejumbroso, y evaluamos como responde a los analgésicos, con los que pueden comunicarse utilizamos las escalas del dolor, administramos infusiones de tramadol o morfina y de acuerdo a eso se informa al médico para tomar decisiones farmacológicas.</p>	III₁	C₁	C₂		C₄	C₅	C₆	C₇	C₈	C₉
<p>4. Los cuidados que damos son para control el dolor, usamos: tramadol, metamizol, paracetamol si es un dolor leve a moderado, y morfina como última opción, el tratamiento lo manejamos al inicio con el oncólogo después con el anesthesiólogo. En la mayoría de casos,</p>	IV₁	C₁	C₂	C₃		C₅	C₆	C₇	C₈	C₉

<p>el dolor es intenso y se necesita un tratamiento más fuerte.</p>										
<p>5. Para el paciente con cuidados paliativos es “terapia del dolor”, se les instala bombas elastoméricas, se coordina con el médico la interconsulta a anestesiología, ó infusiones endovenosas</p>	V ₁	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄		C ₆	C ₇	C ₈	C ₉
<p>6. Al paciente en etapa terminal tienes que calmar el dolor que es lo principal y darles tranquilidad. En el paciente hospitalizado se maneja el dolor con infusiones analgésicas, se preparan “cocteles”, o infusiones de tramal con metamizol; si el dolor es más fuertes, las infusiones con morfina. Antes les daban altas dosis de morfina y el paciente se mantenía tranquilo, sin embargo en algunas experiencias que he tenido en el hospital la dosis indicada es insuficiente. Al paciente que seguía con mucho dolor, era necesario administrarle “bolitos” de la misma infusión para poder calmarle el dolor.</p>	VI ₁	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅		C ₇	C ₈	C ₉

<p>7. Para el control del dolor siempre se inicia con Tramadol más agregados o Tramadol sólo, morfina a nivel subcutáneo, o tratamiento oral. En el paciente hospitalizado el uso de la morfina endovenosa más agregados. Cuando se planea que el paciente vuelva a casa, se utilizan las bombas elastoméricas</p>	VII₁	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆		C ₈	C ₉
<p>8. De los pacientes oncológicos estoy pendiente mayormente del dolor, mientras controlamos funciones vitales, preguntamos sobre el dolor utilizando una escala y estoy pendiente si avanza. Este paciente es susceptible al dolor tienen indicado la administración de analgésicos y cuando no es así, llamamos al clínico, pero siempre deben tener una indicación médica para controlar el dolor</p>	VIII₁	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇		C ₉
<p>9. Cuando el paciente tenía un proceso de un dolor se coordinaba con el médico, lo registraba en la historia clínica y se hacían las modificaciones de acuerdo a lo que yo le informaba</p>	IX₁	C ₁	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	

CUIDADOS PALIATIVOS: ALIVIAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR										
<p>10. Definiría a los cuidados paliativos como aquel cuidado humanizado, holístico, multidimensional. Muchas veces condicionado: con el tiempo, la sobrecarga laboral, la demanda de otros pacientes con igual o con mayores necesidades físicas psicológicas emocionales y espirituales. Es un cuidado basado en los principios éticos de todo profesional de la salud como son: la no maleficencia la beneficencia justicia y autonomía</p>	I₂	C₁₁		C₁₂	C₁₃	C₁₄	C₁₅	C₁₆	C₁₇	
<p>11. El cuidado paliativo es principalmente acompañar durante el proceso de la muerte, no solo al paciente sino a la familia. En el caso del paciente es aliviar su dolor físico y emocional. Acompañar en el proceso de la muerte y calmar el dolor.</p>	II₂	C₁₀		C₁₂	C₁₃	C₁₄	C₁₅	C₁₆	C₁₇	
<p>12. Los cuidados paliativos son acciones de la enfermería para aliviar el dolor del paciente o para cubrir sus necesidades, sabemos que no lo va a curar pero lo va a</p>	IV₂	C₁₀	C₁₁		C₁₃	C₁₄	C₁₅	C₁₆	C₁₇	

aliviar.										
13. Los cuidados paliativos son los últimos cuidados que deberíamos de brindar al paciente en fase terminal, dar calidad de vida. Que él se sienta mejor, no tenga dolor y que esté al lado de su familia para mí eso es lo más importante.	V ₂	C ₁₀	C ₁₁		C ₁₂		C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇
14. Para mí cuidados paliativos es una atención integral para el paciente, para cubrir sus necesidades físicas y psicológicas; darles tranquilidad, calma, el apoyo que necesita la familia, mantenerlos con un tratamiento que les permita hacer sus actividades sin tener dolor	VI ₂	C ₁₀	C ₁₁		C ₁₂	C ₁₃		C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇
15. Cuando no hay tratamiento que ayude, podemos brindar cuidados paliativos según la literatura no nos aboquemos a las últimas dos semanas para volcar todo nuestro conocimiento, no estaríamos haciendo bien. Cuidados paliativos debe empezar ni bien se diagnostica el cáncer a nuestro paciente, tener alternativas.	VII ₂	C ₁₀	C ₁₁		C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄		C ₁₆	C ₁₇
16. Cuidado paliativo es mejorar la calidad de vida de la	VIII ₂	C ₁₀	C ₁₁		C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅		C ₁₇

<p>persona y la familia aliviar su dolor, darle apoyo espiritual y psicosocial</p> <p>17. Cuidados paliativos son esos cuidados que alivian el sufrimiento del paciente y brindar un cuidado humanizado, darle una muerte digna, tratándolo como ser humano hasta después de la muerte.</p>	IX₂	C₁₀	C₁₁		C₁₂	C₁₃	C₁₄	C₁₅	C₁₆	
<p>NECESIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y UN EQUIPO DE SALUD ESPECIALIZADO</p>										
<p>18. En el servicio no sólo se atienden a pacientes terminales. A veces priorizamos a quién atender primero y con quién nos quedaremos más tiempo, se trata de hacer un trabajo lo mejor posible, cumpliendo con los protocolos de seguridad</p>	I₃		C₁₉	C₂₀	C₂₁	C₂₂	C₂₃	C₂₄	C₂₅	C₂₆
<p>19. Un 10% de los pacientes que atendemos son paliativos. El año pasado contábamos con el psicólogo pero sólo fue por un tiempo, el capellán últimamente tampoco llega el servicio, los únicos que cuidamos al paciente</p>	II₃	C₁₈		C₂₀	C₂₁	C₂₂	C₂₃	C₂₄	C₂₅	C₂₆

<p>somos los enfermeros y el técnico de enfermería. El paciente paliativo es completamente diferente. Lo ideal sería que tengamos un área para poder aplicar todos los cuidados que necesita el paciente. Espero que a futuro tengamos una unidad de cuidados paliativos para poder brindar un cuidado de calidad y el paciente tenga una muerte digna.</p>										
<p>20. El paciente paliativo requiere de cuidados más específicos, creo que en el hospital aún no se brindan los cuidados paliativos a un 100%, nos falta especialistas, y sería bueno ir formando el equipo para manejar a estos pacientes, capacitarnos en estos cuidados de enfermería porque tenemos deficiencias.</p>	III₃	C₁₈	C₁₉	C₂₁	C₂₂	C₂₃	C₂₄	C₂₅	C₂₆	
<p>21. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos, hay un médico para terapia del dolor pero no es permanente, se debería formar un equipo de cuidados paliativos, con nosotras mismas, con médicos, nutricionistas y psicólogos porque hay pacientes y familiares que no saben cómo enfrentar la situación.</p>	IV₃	C₁₈	C₁₉	C₂₀	C₂₂	C₂₃	C₂₄	C₂₅	C₂₆	

<p>22. No se cuenta con un equipo de cuidados paliativos, cuando el paciente va a casa, no hay psicólogos, nutricionista, el médico no va y la enfermera cubre un 25% de los cuidados necesarios</p>	V₃	C₁₈	C₁₉	C₂₀	C₂₁		C₂₃	C₂₄	C₂₅	C₂₆
<p>23. Lo ideal sería que contemos con una unidad de 4 o 5 camas para pacientes con cuidados paliativos. Hasta antes de la pandemia el psicólogo era parte del equipo. Actualmente el equipo de trabajo está conformado por la enfermera, los médicos, psicólogos y la nutricionista que a veces va y pregunta, creo que no es un equipo muy involucrado porque sí todos manejaremos cuidados paliativos, tendríamos que reunirnos, actuar y conversar las cosas del paciente, hacer un plan de trabajo, hablar “un mismo idioma” eso me parecería lo mejor, lo más adecuado</p>	VI₃	C₁₈	C₁₉	C₂₀	C₂₁	C₂₂		C₂₄	C₂₅	C₂₆
<p>24. A nivel local no tenemos una unidad de cuidados paliativos, no se ha asumido en nuestro hospital. El equipo aún no está constituido, desde ahí partimos que no estamos haciendo bien todavía las cosas, trabajar</p>	VII₃	C₁₈	C₁₉	C₂₀	C₂₁	C₂₂	C₂₃		C₂₅	C₂₆

<p>con el personal médico con los pacientes y ver también la extensión hacia el domicilio. Necesitamos tener protocolizados, los tratamientos, los cuidados, para hablar un idioma en común y más en estos pacientes de cuidados paliativos.</p>										
<p>25. Lo adecuado sería que tengamos la unidad de cuidados paliativos</p>	VIII ₃									
<p>26. Es por ello que necesitamos una unidad de cuidados paliativos dentro del hospital para mejorar estos cuidados, con la finalidad de lograr el respeto a la persona hasta el final de su vida.</p>	IX ₃	C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄		C ₂₆
<p>BLOQUEO DE EMOCIONES</p>		C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄		C ₂₆
<p>27. Cuando vi por primera vez fallecer a un paciente, ver</p>	I ₄		C ₂₈		C ₂₉	C ₃₀				

<p>cómo se sentía la familia, mis ojos se empañaron, me retiré del lugar y lloré, con el transcurso de los años pareciera que te vuelves dura, ya no sientes lo mismo. Inconscientemente uno se bloquea para no encariñarse, es como un mecanismo de defensa para que no nos afecte.</p> <p>28. He escuchado a varios médicos y enfermeras que bloquean sus sentimientos para evitar el sufrimiento propio, creo que nuestra carrera es de humanismo es imposible ser indiferente.</p> <p>29. Ahora me da tristeza porque son seres humanos pero soy un poco más fuerte, me digo que ahora esto no me puede limitar o causar daño, porque hay otros pacientes que necesitan de mis cuidados. Tengo que protegerme del sufrimiento</p> <p>30. Al inicio era más difícil porque cada vez que se moría un paciente, no quería comer, me deprimía, me sentía impotente, He superado un poco eso</p>	<p>II₄</p> <p>IV₄</p> <p>VI₄</p>	<p>C₂₇</p> <p>C₂₇</p> <p>C₂₇</p>	<p></p> <p>C₂₈</p> <p>C₂₈</p>	<p></p> <p></p> <p>C₂₉</p>	<p></p> <p></p> <p></p>	<p></p> <p>C₂₉</p> <p></p>	<p></p> <p>C₃₀</p> <p></p>	<p></p> <p></p> <p></p>	<p></p> <p></p> <p></p>	<p></p> <p></p> <p></p>
---	---	---	---	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TRISTEZA, IMPOTENCIA Y MIEDO										
<p>31. He experimentado sentimientos de tristeza y de satisfacción, tristeza porque es difícil saber que el paciente va a fallecer, incluso es más triste cuando son pacientes jóvenes que tienen hijos pequeños, es inevitable sentir tristeza en la etapa final de su vida. He tenido sentimientos de frustración e impotencia porque no hice esto o aquello, son temas muy personales que he dejado de lado por temor a la respuesta que me pueda dar el paciente, ellos me pueden decir que no debo meterme en sus asuntos personales, o decirme</p>	I₅		C₃₂	C₃₃	C₃₄	C₃₅	C₃₆	C₃₇	C₃₈	C₃₉
<p>¿acaso me voy a morir?</p> <p>32. Los sentimientos que he experimentado han sido: impotencia que es parecido a la frustración por no poder hacer nada más; no es agradable, me causa temor, frustración y me provoca sentimientos encontrados Cuando el paciente fallece, lo primero que siento es tristeza por la familia, siempre lo relacionó</p>	II₅	C₃₁	C₃₃	C₃₄	C₃₅	C₃₆	C₃₇	C₃₈	C₃₉	

<p>con un familiar cercano y eso me hace sufrir, cuando el que fallece es el padre o la madre, los hijos se quedan solos, eso me causa angustia</p>	III ₅	C ₃₁	C ₃₂		C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉
<p>33. La principal emoción que siento es la tristeza, nos colocamos en el lugar del familiar, compasión y pena al ver como se agota su vida, a veces escucharlos y conocer de su vida y su familia hace que nos involucremos con ellos. Personalmente afrontar la muerte de este tipo de pacientes me causa mucha tristeza, verlos en una situación de desgaste físico es penoso, no me gusta ver a alguien sufrir.</p>										
<p>34. Los sentimientos que he experimentado han sido de impotencia ante la muerte, se crea una relación de amistad o cariño, cuando el paciente no supera su enfermedad me causa tristeza. La primera vez que acompañé a un paciente a fallecer tuve una crisis tan grande que llegué a mi casa a llorar, lloré solita.</p>	IV ₅	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃		C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉
<p>35. Implica mayor desgaste emocional porque ver al paciente en estado crítico, me causa tristeza, me afecta</p>										

<p>ver a un paciente terminal, siento impotencia de no poder hacer más por él</p>	V ₅	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄		C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉
<p>36. Es muy triste verlos decaer y el aporte que se les brinda es poco. Convives con ellos durante años, los conoces, les tienes afecto a, los consideras. A mí siempre me choca y a veces es impotencia, llegas a decir que no se pudo hacer nada. Lo enfrento con bastante pena incluso a veces he llorado por pacientes pero trato de ponerme fuerte, siempre es doloroso</p>	VI ₅	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅		C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉
<p>37. Las emociones se ven afectadas, ruedan unas lágrimas o se quiebra la voz cuando se recuerda a esa persona y más con la que he platicado, sabiendo que deja a un niño en casa. Nos hemos quebrado muchas veces, pero el quebrarme, llorar delante de mi paciente, no me hace menos profesional</p>	VII ₅	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆		C ₃₈	C ₃₉
<p>38. Mayormente he sentido tristeza, me entristece el sufrimiento de pacientes y familiares, a veces me pregunto ¿porque damos tantos cuidados y no mejora el paciente?</p>	VIII ₅	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇		C ₃₉

<p>39. En cuanto a los sentimientos que he tenido ha sido un proceso bien difícil, me generaba sentimientos de tristeza. Habían pacientes que me marcaban, como por ejemplo madres que estaban dejando a sus hijos huérfanos, o cuando una madre perdía a su único hijo. Eran experiencias que me motivaban mucho al llanto, me aferraba mucho a la oración para poder realizar un buen cuidado. Yo pensaba que era la única pero al hablarlo con otras compañeras me daba cuenta que no era la única que iba a casa y lloraba y oraba</p>	XI5	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38	
<p>DESAFÍOS Y LIMITACIONES PARA EL CUIDADO AL FINAL DE LA VIDA</p> <p>40. En ocasiones amerita administrar un medicamento para el dolor que no está en la prescripción. Como conocemos a ese tipo de paciente podemos colocar ese tipo de medicamento pero está ahí el familiar o el</p>	I6		C41	C42	C43	C44	C45	C46	C47	C48

<p>cuidador presente y te pregunta: ¿señorita que le está colocando?</p> <p>41. La mayor dificultad que tenemos es que no nos alcanza el tiempo dado que el paciente necesita más cuidados; la falta de medicamentos, cuando se agotan. Las indicaciones médicas no son tan adecuadas para el paciente y nosotros tenemos que colocar los rescates, tenemos que ingeniarnos o llamar a otro médico, el paciente necesita más cuidados y eso demanda más tiempo</p> <p>42. Una de las principales dificultades es el no contar con un equipo completo, los medicamentos se agotan, y no siempre tienen posibilidad de comprarlos. Otro aspecto es cuando el familiar quiere que el paciente siga con vida a pesar de todas las complicaciones que presenta, incluso con dolor que ya no se puede controlar</p> <p>43. La limitación que tenemos es que muchas veces no hay insumos farmacológicos, la infraestructura, está</p>	II₆	C₄₀		C₄₂	C₄₃	C₄₄	C₄₅	C₄₆	C₄₇	C₄₈
	III₆	C₄₀	C₄₁		C₄₃	C₄₄	C₄₅	C₄₆	C₄₇	C₄₈

deteriorada, equipos antiguos, obsoletos. Debería haber un cambio.	IV₆									
44. Es bastante limitante brindar cuidados paliativos, hay que tener mucha cautela de lo que vas a decir, y qué es lo que no puedes decirles. Mis limitaciones en el cuidado del paciente paliativo son mayormente con el familiar, a veces no quiere aceptar la realidad o no hay familiares con quienes contar.	V₆	C₄₀	C₄₁	C₄₂		C₄₄	C₄₅	C₄₆	C₄₇	C₄₈
45. Estos pacientes demandan de más desgaste físico y emocional, porque hay que darles cuidados especializados, muchas veces no tenemos el tiempo necesario, partiendo de que no manejamos un número determinado de pacientes terminales, estos pacientes son atendidos junto a pacientes con tratamiento de quimioterapia. Debería ser un cuidado especializado y personalizado.	VI₆									
46. El cuidado se resquebraja cuando no hay profesionales capacitados en el área para que nos remplace, lo ideal es que estén entrenados en el cuidado de este tipo de	VII₆	C₄₀	C₄₁	C₄₂	C₄₃	C₄₄		C₄₆	C₄₇	C₄₈

<p>pacientes. Los ambientes hospitalarios son pequeños y no se permiten el ingreso de varios familiares, muchas veces no podemos cumplir los deseos del paciente de ver a alguno de sus familiares</p> <p>47. Trabajamos con bastantes pacientes, en algunas oportunidades los atendemos muy rápido y avanzamos porque tenemos que ganar al tiempo, nos limita la falta de personal, por licencias o vacaciones, una enfermera se encarga de aproximadamente 20 pacientes, un colega se hace responsable de todo el piso. A veces los medicamentos se agotan y el paciente no tiene dinero</p> <p>48. Este tipo de pacientes demandan más desgaste físico y emocional, hay poco tiempo para poder brindar estos cuidados.</p>	VIII ₆	C ₄₀	C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅		C ₄₇	C ₄₈
C ₄₀		C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆		C ₄₈	
C ₄₀		C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆	C ₄₇		

<p style="text-align: center;">ACOMPañAMIENTO Y APOYO ESPIRITUAL PERMANENTE</p> <p>49. Para aliviarlo emocionalmente le decimos que piense en algo bonito, que cante o escucha una canción que le puede despejar la mente y de repente aliviar el dolor. Lo que si he dejado de lado es la oración en ese momento, le decimos al familiar que ore pero no nos quedamos hacerlo con ellos. Hay que ayudar al familiar asimilar el proceso del duelo, le decimos que sentimos mucho la pérdida de su paciente pero que todo estará bien, ella o él está en un lugar mejor de repente puede reconfortarlo de alguna manera.</p> <p>50. Lo ideal es encontrar un punto medio donde no nos involucramos de manera íntima y personal pero que jamás perdamos la humanidad, la calidez en el trato, la compasión por el paciente y por la familia, hemos dejado de lado el atender a la familia, el contener o</p>	I 7		C₅₀	C₅₁	C₅₂	C₅₃	C₅₄	C₅₅	C₅₆	C₅₇
	II 7	C₄₉		C₅₁	C₅₂	C₅₃	C₅₄	C₅₅	C₅₆	C₅₇

<p>abrazar, anteriormente si lo hacía, y los familiares se calmaban en ese momento, porque es lo que necesitan, les pregunto si puedo abrazarlos y ellos me lo permiten, después de eso sienten tranquilidad, pero ahora ya no podemos hacerlo, solo decirles que lo sentimos mucho. Siento que una acción vale más que las palabras, lamentablemente por la pandemia no podemos tener contacto físico con ellos. Nuestra tarea es acercarlos a su familia, que puedan ingresar a verlos y ambos puedan perdonarse y exponer sus sentimientos, así la familia se prepara para el duelo.</p> <p>51. El manejo del cuidado emocional es complicado, es una de las partes más difíciles de manejar. Como enfermeras afianzamos su fe en Dios, y dependiendo de la religión que profesen, antes recibían la visita de un sacerdote para que pueda darles la comunión, los santos óleos, pero ahora ya no contamos con la presencia de ningún sacerdote.</p>	III₇	C₄₉	C₅₀		C₅₂	C₅₃	C₅₄	C₅₅	C₅₆	C₅₇
---	------------------------	-----------------------	-----------------------	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<p>52. Escuchamos al paciente, los familiares suelen estar tristes, converso con ellos. Preparamos al paciente con el personal técnico y hay un momento que los miro, rezo y les digo que ya están descansando y que su familia está con ellos, en ese momento voy asimilando que ellos ya no van a estar, y que ya calmaron su dolor.</p>	IV ₇	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁		C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇
<p>53. En cuanto a lo espiritual al familiar se ha dejado de lado debido a la pandemia, lo mínimo que podemos brindarle a un paciente para que acepte el llamado de Dios, recibir el apoyo espiritual de algún sacerdote o pastor.</p>	V ₇									
<p>54. No se ocupan mucho de la parte espiritual – emocional. A la familia les aconsejo rezar y dar tranquilidad al paciente, y pueda partir tranquilo. Muchas veces los familiares lloran, pienso que el paciente puede sentir desesperación porque lo último que pierden es el oído. Lo que hago es hablar con la familia, darles bastante</p>	VI ₇	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂		C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇
		C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃		C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇

<p>apoyo para vivir ese proceso.</p> <p>55. Hay diferentes formas de enfrentarnos a este final, a veces la familia rompe en llanto, más en casos inesperados cuando no hubo preparación. Tenemos que dominar esta parte del duelo, conocer sus etapas. Nos falta darle la alternativa al paciente o a la familia, quizá su deseo es morir en casa y muchas veces se ha truncado</p> <p>56. Valoro mucho el cuidado del familiar, el paciente oncológico a veces está hospitalizado 2 meses y necesita apoyo espiritual, paciente y familiar están en una etapa de duelo o de negación donde necesitan el apoyo psicológico y espiritual. Me doy un tiempo y conversó con ellos, les recomiendo cambiar cuidadores, porque el solo hecho de estar sentado es agotador.</p> <p>57. Lo que quería lograr es darle una muerte digna, no podía descuidarlo, genera responsabilidad de darle</p>	<p>VII₇</p>	<p>C₄₉</p>	<p>C₅₀</p>	<p>C₅₁</p>	<p>C₅₂</p>	<p>C₅₃</p>	<p>C₅₄</p>		<p>C₅₆</p>	<p>C₅₇</p>
	<p>VIII₇</p>	<p>C₄₉</p>	<p>C₅₀</p>	<p>C₅₁</p>	<p>C₅₂</p>	<p>C₅₃</p>	<p>C₅₄</p>	<p>C₅₅</p>		<p>C₅₇</p>
	<p>IX₇</p>									

<p>cuidados para el alivio del dolor principalmente, y apoyo emocional lograr en ellos una sonrisa, tranquilidad, son pacientes que necesitan de mucha atención para que no entren en pánico o depresión</p>		C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	
<p>IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL FAMILIAR PARA EL CUIDADO PALIATIVO</p> <p>58. Cuando llega por primera vez un familiar de un paciente que ha sido desahuciado y sus necesidades están afectadas, la enfermera tiene el deber de enseñarle al familiar como brindar estos cuidados. El familiar tiene que saber cómo alimentarlo por sonda nasogástrica, regular el flujo de oxígeno, hacer una nebulización. Educamos al familiar dependiendo de lo que el paciente necesita, los familiares deben saber identificar los signos de alarma. Hay familiares que también son pasivos, solo se limitan a observar y se niegan a participar del cuidado a su paciente</p>	I ₈		C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	C ₆₆

<p>59. El familiar está presente en algunos casos, apoya en los cuidados básicos, como el cambio de postura, cambios de pañal, quiere participar en la alimentación por sonda nasogástrica; tratan de pasar el mayor tiempo posible a lado del paciente, lo toman de la mano, le hablan, expresan sus sentimientos, preguntan que les administramos, están muy pendientes de sus pacientes</p>	II₈	C₅₈		C₆₀	C₆₁	C₆₂	C₆₃	C₆₄	C₆₅	C₆₆
<p>60. Educamos al familiar para el cuidado de la piel, alimentación, administración de ciertos medicamentos para el dolor físico, es importante de que el familiar esté pendiente, aprendiendo de cómo cuidar al paciente cuando vaya a casa. Les enseñamos como realizar los cambios de posición, hidratación de la piel, a reconocer los síntomas de dolor, deshidratación, conocer los signos de alarma. Nos preguntan a cada momento, nos llamas y piden que los atendamos con mayor frecuencia.</p>	III₈	C₅₈	C₅₉		C₆₁	C₆₂	C₆₃	C₆₄	C₆₅	C₆₆

<p>61. Hacemos que el familiar participe del cuidado al paciente, En algunos casos se interesan, pero no todos.</p>	<p>IV₈</p>									
<p>62. El estar al lado de su familia le ayuda anímicamente. Hay familiares que son muy apegados al paciente y les brindan todo su cariño, amor, hay familiares que piensan que imponiendo o gritando van a resolver todo lo que no se puede.</p>	<p>V₈</p>	<p>C₅₈</p>	<p>C₅₉</p>	<p>C₆₀</p>		<p>C₆₂</p>	<p>C₆₃</p>	<p>C₆₄</p>	<p>C₆₅</p>	<p>C₆₆</p>
<p>63. Cuando ingresaban mayor cantidad de familiares, he observado la participación activa de algunos de ellos, están pendientes, les compran colchones anti escaras, les realizan masajes, apoyan en los cambios de posición. No siempre es así, algunos familiares no se involucran debido a la falta de conocimiento y de nuestra enseñanza, no saben cómo tratar al paciente. En la mayoría de casos he visto participación de la familia, sería oportuno capacitarlos sobre todo cuando el paciente no puede hacer sus actividades por sí solo.</p>	<p>VI₈</p>	<p>C₅₈</p>	<p>C₅₉</p>	<p>C₆₀</p>	<p>C₆₁</p>		<p>C₆₃</p>	<p>C₆₄</p>	<p>C₆₅</p>	<p>C₆₆</p>
		<p>C₅₈</p>	<p>C₅₉</p>	<p>C₆₀</p>	<p>C₆₁</p>	<p>C₆₂</p>		<p>C₆₄</p>	<p>C₆₅</p>	<p>C₆₆</p>

<p>64. En nuestra experiencia en el servicio muchas veces hay un cuidador que se involucra al 99%. estamos involucrando sólo a un cuidador principal, cuando muchas veces se alarga la hospitalización, el cuidador comienza a tener problemas, no estamos cuidando al cuidado. Debido a la pandemia se hace complicado ingresar a los familiares para hacer alternancia, nos da temor al personal para hacer ese tipo de aperturas por ahora, pero considero que debe existir alguna medida para poder involucrar a más de uno.</p>	VII ₈	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃		C ₆₅	C ₆₆
<p>65. Trabajar con el cuidador ayuda bastante, ellos están pendientes y aprovechamos al familiar para que nos ayude, le hablamos con un lenguaje sencillo para que nos entiendan y nos pueden avisar ante cualquier signo de alarma. El familiar también participa en la alimentación, higiene y movilización</p>	VIII ₈	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄		C ₆₆
<p>66. Los familiares apoyaban en su higiene, movilización, ayudan mucho porque ellos son los que dan aviso,</p>	IX ₈	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	

alivian un poco el trabajo.									
ENFERMERO: PROTAGONISTA DEL CUIDADO									
I₈									
67. Mayor protagonismo de esos cuidados lo tenemos nosotros, Se trata de hacer el trabajo lo mejor posible cumpliendo con los protocolos de seguridad y actuando con empatía		C ₆₈		C ₆₉	C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄
II₈									
68. Lamentablemente el médico solo da las indicaciones. El familiar se queda con dudas o tiene miedo de preguntar al médico, cuando la enfermera entra, le pregunta todas las dudas que tiene	C ₆₇			C ₆₉	C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄
IV₈									
	C ₆₇	C ₆₈			C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄
V₈									
69. Los que nos encargamos de estos pacientes son los médicos oncólogos, los médicos residentes y enfermería más que otros profesionales, los enfermeros	C ₆₇	C ₆₈		C ₆₉		C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄

<p>24 horas del día, cubre todas sus necesidades y se convierte en la persona de confianza del paciente y de su familia.</p>	
--	--



ANEXO N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EXPERIENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL BRINDAR CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO-PERÚ,2020

Investigadora: Katia del Pilar Huamán Rojas

Con este estudio se pretende: Describir y comprender las experiencias del profesional de enfermería al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto del servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, así mismo conocer las limitaciones o dificultades que puedan presentar durante la atención, reconocer la importancia de su labor y presencia durante la etapa final de la vida, así como también reconocer la necesidad de cuidar de estos profesionales tanto física como psicológicamente.

El estudio ha sido aprobado por juicio de expertos y no producirá daño a su persona.

El procedimiento incluye:

Realizar la entrevista semi-estructurada a profundidad, la cual ha sido diseñada de acuerdo a lo que se quiere indagar; en este caso las experiencias que usted ha vivenciado durante la aplicación de cuidados paliativos en el paciente oncológico adulto maduro en etapa terminal.

La participación en el estudio va a ocuparle aproximadamente 30 minutos, y será registrada en una grabación, puede preguntarme cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación.

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

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

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

Firma del Informante

DNI:

ANEXO N° 04: GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre las experiencias del profesional de enfermería que brinda cuidados paliativos al paciente adulto maduro hospitalizado con cáncer en fase terminal en el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo, por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger su identidad.

INSTRUCCIONES:

Responda usted de manera precisa y con veracidad a las siguientes preguntas elaboradas

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Estudios de Postgrado/especialidad: _____

Tiempo de trabajo en el servicio : _____

Estudios en cuidado paliativo: _____

DATOS ESPECÍFICOS

Pregunta Norteadora:

1.- ¿Qué experiencias ha tenido al brindar cuidados paliativos al paciente oncológico adulto maduro en etapa terminal?

Preguntas Auxiliares:

1. ¿Cómo definiría los cuidados paliativos que brinda al paciente oncológico adulto maduro en etapa terminal?

2. ¿Cuáles son los sentimientos que ha experimentado cuando brinda los cuidados paliativos a un paciente oncológico adulto maduro en etapa terminal?

3. ¿Cómo enfrenta la muerte de un paciente oncológico adulto maduro al que brinda cuidados paliativos? ¿Cuáles son sus sentimientos?

PREGUNTAS DE APOYO

¿Qué cuidados paliativos brinda en su unidad? ¿Es capaz de identificar las necesidades del paciente?

¿Qué cuidados le demandan mayor desgaste emocional al brindar cuidado al paciente oncológico en etapa terminal?

¿Cuáles son los desafíos que se le han presentado al aplicar los cuidados paliativos al paciente?
¿Cómo las ha superado?

¿Cómo siente usted que ha manejado el sufrimiento del paciente y la familia

¿Ud. considera que brindar cuidados paliativos le demanda sobrecarga laboral? ¿Por qué?

¿Existe participación del cuidador cuando usted brinda estos cuidados? ¿De qué manera se involucra?

¿Qué necesidades laborales y personales ha experimentado Ud. al asumir el cuidado paliativo al paciente oncológico terminal?

¿Ud considera que es una prioridad brindar cuidados paliativos al paciente oncológico en etapa terminal? ¿Por qué?

¿Desea agregar algún comentario