



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos al paciente oncológico terminal en el hogar - Huancayo 2013

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Lizbeth Diane Huamán Orellana

LIMA – PERÚ
2015

**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS
PALIATIVOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL
EN EL HOGAR - HUANCAYO 2013**

A Dios en primer lugar por estar siempre conmigo y darme mucha fortaleza.

Agradezco al Director del Hospital Regional Al personal profesional Médico y de Enfermería del Servicio y a los familiares que acuden al servicio de Consultorios Externos del HRDEN por todas las facilidades y apoyo que me brindo para realizar el presente trabajo de investigación, De igual manera a todas aquellas personas que con su motivación e incentivos; contribuyeron en la culminación del presente trabajo de investigación.

A mis padres gracias por ese amor inmenso y la formación en valores que me inculcaron y se quedan conmigo para siempre. Gracias padres queridos, que Dios los bendiga siempre.

INDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	v
RESUMEN	vi
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática.	3
1.2. Formulación del Problema.	5
1.3. Justificación.	5
1.4. Objetivos.	5
1.5. Propósito.	6
CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes.	7
2.2. Base Teórica.	10
2.3. Definición Operacional de Términos.	19
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.	21
3.2. Lugar de Estudio.	21
3.3. Población de Estudio.	22
3.4. Criterios de Selección.	22
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	22
3.6. Procedimiento para el Análisis e Interpretación de la Información.	23
3.7. Aspectos Éticos en Investigación	24
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados.	25
4.2. Discusión.	31
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.	39
5.2. Limitaciones.	41
5.3. Recomendaciones.	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1.	Actitud de los Familiares hacia los Cuidados al Paciente Oncológico Terminal en el Hogar. Huancayo – Perú. 2014.	26
2.	Actitud de los Familiares hacia los Cuidados según Dimensión Física al Paciente Oncológico Terminal en el Hogar. Huancayo – Perú. 2014.	27
3	Actitud de los Familiares hacia los Cuidados según Dimensión Emocional al Paciente Oncológico Terminal en el Hogar. Huancayo – Perú. 2014.	28
4	Actitud de los Familiares hacia los Cuidados según Dimensión Psicológica al Paciente Oncológico Terminal en el Hogar. Huancayo – Perú. 2014.	29
5	Actitud de los Familiares hacia los Cuidados según Dimensión Espiritual al Paciente Oncológico Terminal en el Hogar. Huancayo – Perú. 2014.	30

RESUMEN

AUTOR: LIZBETH DIANE HUAMAN ARELLANO

ASESOR: TULA MARGARITA ESPINOZA MORENO

El **objetivo** fue determinar la actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en el hogar en el Hospital Regional Docente de Enfermedades Oncológicas – 2013. **Material y método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 familiares. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo escala de Likert, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (40), 64% (19) tiene actitud medianamente favorable, 23% (7) favorable y 13% (4) desfavorable. Respecto a la dimensión física, 66% (19) tiene actitud medianamente favorable, 17% (5) favorable y 17% (5) desfavorable; en la dimensión emocional, 59% (17) tiene actitud medianamente favorable, 24% (7) desfavorable y 17% (5) favorable; en la dimensión psicológica, 69% (20) tiene actitud medianamente favorable, 17% (5) favorable y 14% (4) desfavorable; y en la dimensión espiritual, 62% (18) tiene actitud medianamente favorable, 21% (6) favorable y 17% (5) desfavorable. **Conclusiones.** La actitud de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje es medianamente favorable ya que atienden según sus criterios las necesidades del paciente, buscan soporte emocional en algún personal de salud, seguido de un porcentaje considerable con actitud favorable porque los familiares mantienen al paciente oncológico en buen estado de higiene, ante la presión y ansiedad que genera la enfermedad llora mucho, y un mínimo porcentaje significativa manifiesta que es desfavorable porque se sienten desorientado ante procedimientos legales administrativos que requiere el familiar enfermo, no mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte, encuentran soporte emocional en una persona de salud.

PALABRAS CLAVES: Actitud de familiares, cuidados paliativos, paciente terminal

SUMMARY

AUTHOR: LIZBETH DIANE HUAMAN ARELLANO

ADVISOR: TULA MARGARITA ESPINOZA MORENO

The **objective** was to determine the attitude of the relatives to palliative care in cancer patients at home in the Regional Teaching Hospital of oncological diseases - 2013. **Material and Method.** The study was of application level, quantitative, descriptive cross-sectional method. The population was comprised of 40 families. The technique was the interview and the instrument a form type scale Likert, applied prior informed consent. Results. 100% (40), 64% (19) have moderately favorable attitude, 23% (7) favorable and 13% (4) unfavorable. With regard to the physical dimension, 66% (19) have moderately favorable attitude, 17% (5) favorable and 17% (5) unfavorable; in the emotional dimension, 59% (17) have moderately favorable attitude, 24% (7) unfavorable and 17% (5) favorable; in the psychological dimension, 69% (20) have moderately favorable attitude, 17% (5) favorable and 14% (4) unfavorable; and in the spiritual dimension, 62% (18) have moderately favorable attitude, 21% (6) favorable and 17% (5) unfavorable. **Conclusions.** The attitude of parents towards the care for terminal cancer patient at home, the highest percentage is moderately favorable since they serve as its criteria the patient's needs, seek emotional support in some health workers, followed by a considerable percentage with positive attitude because relatives maintained the patient cancer in good hygiene, before the pressure and anxiety generated by her disease cries a lot, and a minimal manifest significant percentage that is unfavorable because they feel disoriented before administrative proceedings requiring the sick family member, do not keep peace of mind to feel about an episode of death, they found emotional support in a person's health.

KEY WORDS: Family, palliative care, terminal patient attitude

PRESENTACIÓN

En nuestro país el cuidado de la salud sigue estando a cargo en su mayor medida en la familia y al sistema doméstico. De ahí que la familia constituye un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, toda vez que sin su participación activa difícilmente van a alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo en el sentido que la presencia de un familiar con cáncer terminal afecta a los miembros de esta unidad en sus diferentes esferas sea a nivel social, emocional, espiritual, emocional y en otros entornos.

Este contexto se ha generado reflexiones sobre las actitudes de los familiares ante el proceso de la atención al paciente oncológico terminal, es decir todas las predisposiciones hacia los cuidados paliativos, que involucran los cuidados, físicos, espirituales, prácticos y emocionales.

El presente trabajo titulado “Actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos del paciente oncológico terminal en el hogar - Huancayo 2013”; tuvo como objetivo determinar la actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos al paciente oncológico terminal en el Hogar - Huancayo 2013, el cual tuvo como objetivo determinar la actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos en pacientes oncológicos en el hogar. Con el propósito de que los resultados permitan a los profesionales de enfermería reflexionar sobre los resultados a fin de formular estrategias de educación para la salud dirigidas a los familiares que contribuya a modificar la actitud y favorecer en el proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida al paciente oncológico en estado terminal disminuyendo el riesgo a complicaciones.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica, y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye el Tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la actualidad el cáncer es un problema de Salud Pública, ya que ocupa una de las principales causas de muerte, siendo la segunda causa de mortalidad a nivel mundial, en Latinoamérica ocupa el tercer lugar y en el Perú, en registros nacionales ocupa el segundo lugar, precedido por enfermedades cardiovasculares, con una incidencia para el año 2012, 45 mil casos nuevos de cáncer, frente a los 44 mil casos en el año 2011. Con estima que en los próximos años estas cifras se tripliquen.

En tanto el progreso médico ha conseguido prolongar la vida y retrasar la muerte de los pacientes afectos de enfermedades consideradas como irreversibles en las que se incluye las enfermedades oncológicas. Diversos establecimientos de Salud muestran una tendencia a tratar los problemas del paciente en su vertiente puramente biológica, sin considerar la repercusión afectiva y socio familiar de la enfermedad en la fase terminal.

Esto hace que se muestre la incapacidad de la familia para atender en forma satisfactoria las necesidades del paciente, muchas veces ocasionado por la falta de comunicación entre el paciente terminal y la familia. Es por ello que en la actualidad, como complemento de la medicina curativa, surge la medicina paliativa que trata de ofrecer una atención de calidad a todos aquellos pacientes sometidos a un proceso

irreversible, proporcionándoles una muerte digna, sin dolor en su ambiente familiar y sin excesivo intervencionismo exterior.

Es así que las enfermedades oncológicas suponen un proceso de cambio y ruptura en la vida cotidiana visualizada en la adopción de un conjunto de actitudes del paciente y familia que va desde la negación hasta la depresión, por la exposición frente a una situación inesperada.

De ahí que el paciente y la familia manifiestan diversas actitudes frente a la enfermedad del cáncer y su tratamiento adoptando comportamientos en su afán de adaptación que puede ser favorables, en la que se enfrenta la enfermedad con compromiso y participación, o actitudes desfavorables en la que se evaden los hechos y nacen estados emocionales de tristeza, ansiedad, depresión, afectando la calidad de vida del paciente y la familia como el primer núcleo social de desarrollo del individuo con un papel de amortiguadora de todas las tensiones que se vayan presentando a lo largo de todo el proceso; que trata de “estar ahí, hombro con hombro”, para hacer sentir a quien muere que estará a su lado para buscar el alivio del dolor, u otros síntomas y del sufrimiento para acompañarle en el proceso de morir, y que no se encontrará sólo ante la muerte.

En el Hospital Regional de Enfermedades Neoplásicas, al interactuar con los familiares manifiestan”... no sé cómo aliviar el dolor de mi madre”, “...que hago cuando se empieza a quejar”, “...me da miedo cuando el efecto del medicamento termine”, “... será mejor que este hospitalizado, me pongo nerviosa y no se que hacer cuando se queja”, “... me da ganas de llorar”, entre otras expresiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a esta situación se creyó conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuál es la actitud de los familiares hacia los cuidados paliativos al paciente oncológico terminal en el hogar - Huancayo 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Dado el incremento en los últimos años de la enfermedad del cáncer, el cual según el estadio y/o avance de la enfermedad afecta su calidad de vida del paciente en fase terminal, este requiere de la participación de la familia para enfrentar el proceso de la muerte. De ahí que los cuidados que propician el profesional al paciente en fase terminal está orientado a fomentar la aceptación y enfrentar los problemas que puede sentir, esto demanda del compromiso de la enfermedad en la esfera biopsico social y espiritual. Por lo que la enfermera que labora en el servicio de oncología debe orientar a los familiares sobre los cuidados paliativos que debe brindar al paciente oncológico en fase terminal en el hogar.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivos Generales

Determinar la actitud de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el Hogar - Huancayo 2013.

1.4.2. Objetivos Específicos

Identificar la actitud de los familiares hacia los cuidados

Según dimensión física al paciente oncológico terminal en el hogar Huancayo – 2013.

Identificar la actitud de los familiares hacia los cuidados según dimensión emocional al paciente oncológico terminal en el hogar Huancayo – 2013.

Identificar la actitud de los familiares hacia los cuidados según dimensión psicológica al paciente oncológico terminal en el hogar Huancayo – 2013.

Identificar la actitud de los familiares hacia los cuidados según dimensión espiritual al paciente oncológico terminal en el hogar Huancayo – 2013.

1.5 PROPÓSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada al personal de Enfermería que labora en el servicio de oncología a fin de diseñar un material educativo de orientación dirigido a los familiares del paciente oncológico en fase terminal que fomente la modificación de actitudes y fortalezca cuidados adecuados que requiera el paciente además de la adecuación al pronóstico final para el enfermo terminal y la familia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A NIVEL NACIONAL

Barrera Rojas, Yasmina Paola, en Lima – Perú, el 2011, realizó un trabajo de investigación titulado “Actitudes de la Enfermera hacia el cuidado del Paciente oncológico en fase terminal en el Servicio de Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Noviembre – Diciembre 2008”, cuyo objetivo fue determinar las actitudes de la enfermera hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal, en el Servicio de Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Las conclusiones fueron que las enfermeras que atienden a pacientes oncológicos en fase terminal evidenciaron actitudes medianamente favorables y en menor proporción actitudes favorables las cuales tienen igual valoración que las actitudes desfavorables. (Rojas, 2008).

Zavala Alvites Alejandrina, en Trujillo – Perú, el 2009, realizó un estudio sobre “Actitud del paciente oncológico hacia su enfermedad y tratamiento en el instituto regional de enfermedades neoplásicas, Trujillo, Diciembre del 2008 – Enero 2009”. El cual tuvo como objetivo determinar la actitud del paciente oncológico hacia su enfermedad y tratamiento. El estudio es de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo conformada por los pacientes que asistieron al instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

IREN – Norte, durante los meses de Diciembre 2008 y Enero 2009, ubicado en la Ciudad de Trujillo. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala tipo Likert modificada; concluyendo “que la mayoría de los pacientes demuestran una actitud desfavorable hacia su enfermedad y tratamiento siendo el más afectado el factor cognitivo y el emocional lo que está más ligado a la información que este haya recibido en el transcurso de la aceptación de la enfermedad y tratamiento. (Alvites, 2008).

Acosta Olivera Jenny Rosario del Pilar, Lima – Perú el 2004, el estudio de investigación titulado: “Actitudes de los Internos de Enfermería hacia los Cuidados Paliativos del Paciente terminal” el cual tuvo como objetivo.- Determinar las actitudes de los Internos de Enfermería hacia los Cuidados Paliativos de un Paciente Terminal. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la encuesta y sus conclusiones fueron.- Los internos de Enfermería, en su mayoría, consideran que el soporte psicológico a la familia del paciente terminal es posible, trascendental, reconfortante, oportuno y necesario. (Ollivera, 2004)

Carrasco López Nydia; Cruz Oncoy Yolanda, en Lima – Perú, en 1999, realizaron un estudio sobre “Conocimientos y Actitudes de los Familiares hacia los Cuidados en el hogar, que debe tener el paciente oncológico sometido a Quimioterapia en los Servicios de Oncología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, cuyos objetivos fueron; determinar el nivel de conocimientos (alto, medio, bajo) que tienen los familiares, identificar los aspectos fisiológicos, psicológicos e independencia relativa, determinar la intensidad y dirección de las actitudes que tienen los familiares hacia los cuidados en el hogar que debe tener el paciente oncológico sometido a quimioterapia. El método

fue el descriptivo de corte transversal. El instrumento fue un cuestionario y una Escala de Likert. Las conclusiones entre estas fueron que “existe un gran porcentaje de familiares (68.3 %) con un nivel bajo sobre los cuidados en el hogar que debe tener el paciente oncológico sometido a quimioterapia, relacionados en el aspecto fisiológico a la higiene oral, genital, alimentación (tipo: horario); seguido de los cuidados en la diarrea, sangrado: en lo concerniente al aspecto psicosocial, deambulación y recreación, dicha situación repercute negativamente los cuidados que puedan ofrecer los familiares al paciente canceroso frente a los afectos adversos del tratamiento poniendo en riesgo la salud mermada del paciente a mayores complicaciones post – quimioterapia que puede conllevarlo a la muerte. (Nyndia Carrasco Lopez, Yolanda Cruz Oncoy, 1999.

A NIVEL INTERNACIONAL

Antonio Fornells Hugo, en Argentina, el 2000, realizo un estudio titulado “Cuidados Paliativos en el Domicilio” el cual tuvo como objetivo, brindar un buen cuidado paliativo, mantener la mejor calidad de vida posible. Las conclusiones fueron, “es posibles realizar cuidados paliativos en domicilio idealmente con un equipo multi profesional de trabajo que tenga la capacidad de ocuparse de todas las áreas de la persona enferma: somática, psicológica, social y espiritual. Es necesario también incluir a la familia del paciente en el cuidado domiciliario, impulsando los principios de la ética: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia y equidad, están presentes en forma continua cuando trabajamos con pacientes terminales, sin omitir el respeto por las personas y sus creencias, junto a una comunicación honesta y adecuada. Siempre debemos recordar que aún en la era de la Medicina moderna y en tiempos del post modernismo sigue vigente

el viejo adagio: Curar algunas veces, aliviar a menudo, acompañar siempre. (Fornells, 2000)

Buigues Mengual Francisco, Torres Pérez Jordi, Mas Sesé Gemmma, Femenía Pérez Miguel, Baydal Cardona Rosario, Barcelona España, realizó un estudio titulado “Guía de atención al Paciente Terminal” del Centro de Salud de Predreguer, sus objetivos fueron, “ajustar la necesidad de conocimiento que plantea el paciente. Explorar previamente el grado de conocimiento del mismo acerca de su enfermedad, ser concreta y verdadera. No dar falsas esperanzas ni aventurar acontecimientos, ser coherente con todas las fuentes posibles evitando contradicciones que puedan incrementar las dudas y el sentimiento de atención incorrecta por parte del paciente, debe asociarse siempre a nuestro compromiso de acompañamiento mantenido. (Francisco Buigues Mengual, Jordi Torres Pérez, Gemmma Femenia Pérez, Rosario Baydal Cardona, 2009)

Por los antecedentes expuestos, se puede evidenciar que existen estudios en torno al tema de estudio, el mismo que ha permitido estructurar la base teórica y la metodología, siendo necesario realizar el estudio a fin de que los hallazgos permita elaborar estrategias destinadas a promover en el personal profesional de enfermería la elaboración de material educativo que promueva a los familiares un cambio de actitudes en el cuidado al paciente oncológico en fase terminal, contribuyendo a disminuir el riesgo a complicaciones.

2.2. BASE TEÓRICA

PROBLEMÁTICA DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

La humanidad, desde el más íntimo rincón de su historia, ha sido marcada por numerosas enfermedades con variedad de síntomas. El

cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y éstos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad. El cáncer en fase avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicambiante.

Los enfermos de cáncer tienen entre 3 a 18 síntomas con un promedio de 10 síntomas por enfermo. Diferentes investigadores coinciden en señalar que los síntomas más incidentes en estos enfermos son dolor, estreñimiento, debilidad, insomnio, anorexia, boca seca, náuseas y vómitos, entre otros síntomas es fácil comprender la importancia que tiene el conocimiento de la incidencia de estos síntomas y las formas más adecuadas para su control ya que estos son responsables del deterioro progresivo de la calidad de vida, tanto de los enfermos como de sus familiares.(Instituto Nacional de Oncología y Radiología, 2008)

PACIENTE EN FASE TERMINAL

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la

máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención médica integral que se denominó cuidados paliativos. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

CUIDADOS PALIATIVOS

Está referido a la atención específica, activa e integral que deben recibir las personas con una enfermedad terminal y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. Los cuidados paliativos intentan conseguir que los pacientes pasen los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de modo que puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un ambiente lo más familiar posible, rodeados de la gente que quiere. Cuando la enfermedad no se puede curar, aún queda mucho que hacer por el enfermo (Natalia López, Casero Beltran, Sara Cerezo Gonzales, 2011)

Los cuidados paliativos comprenden: proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas; son una afirmación de la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no pretenden adelantar ni aplazar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente; ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente viva del modo más activo posible hasta el momento de la muerte; ofrecen un sistema de apoyo para que las familias puedan sobrellevar la enfermedad del paciente y durante su propio duelo; si procede; mejorarán la calidad de vida y también pueden influir positivamente el transcurso de la enfermedad; se pueden aplicar en los primeros momentos de la enfermedad, junto con otras terapias que pretenden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia; incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

- **Cuidados biológicos - físicos:** El cuidado físico del paciente implica la detección de los síntomas que presenta, prestando especial atención a aquellos que pueden ser modificados gracias a nuestra intervención o que repercuten de manera considerable en su estado vital. Por ello será fundamental la comunicación con el enfermo que nos expresará no solo su malestar físico, sino además la repercusión psicológicas.

- **Cuidados emocionales:** Cuidados que pueden proporcionar recursos para ayudar a los pacientes y a sus familias a hacer frente a las emociones que acompañan a un diagnóstico de cáncer y al tratamiento del mismo. Los expertos pueden proveer orientación, recomendar grupos de apoyo, realizar reuniones familiares y hacer recomendaciones a profesionales de salud mental.

- **Cuidados Psicológicos:** Utilizan un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo ayuda en el duelo.

- **Cuidados espirituales:** La espiritualidad es una de las cualidades superiores del ser humano distinguiéndole del resto de seres vivos. Engloba no solo sus creencias religiosas sino también la percepción que uno tiene de si mismo, la relación con los demás, el concepto de la enfermedad y el sentido de la vida, estando por tanto influenciada por la cultura de cada momento.(Moreno, 2013)

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOGAR

Conjugar los cuidados paliativos con la atención domiciliaria es una tarea que requiere vocación de servicio, organización del sistema de salud, y conocimientos científicos adecuados y actualizados. Los

principios de la ética deberían aplicarse siempre en la atención clínica de personas que cursan el estadio terminal de una enfermedad y cuya expectativa de vida es relativamente corta. Es en esos momentos cuando el paciente y su familia transitan por situaciones que afectan profundamente los aspectos psicológicos y emocionales. Tal vez sea ésta la primera vez que se enfrentan a una situación de muerte, y si bien la muerte es algo natural y estadísticamente la cosa más normal del mundo, cuando ésta se introduce en nuestras vidas, uno no la puede aceptar como un simple hecho biológico. En general, por más que logremos admitirla, puede llegar a ser un hecho caótico que va a producir confusión y desorden en nuestra existencia. La desesperación y el miedo llevan en muchas oportunidades a pacientes y familias a buscar alternativas de tratamientos promocionados como una opción a la medicina standard. Éstas, además de no reunir ninguno de los criterios científicos, pueden ocasionar daño y en general forman parte de un negocio no ético que aprovecha, para lograr su acción, la desesperación y desilusión de personas que están sufriendo.

Atención domiciliaria: Beneficios para el paciente

Se encuentra dentro de un ambiente conocido, manteniendo su intimidad, pudiendo realizar ciertas tareas laborales, continuar con sus hábitos y algunos de sus hobbies. La alimentación es más variada y los horarios no son rígidos.

Beneficios para la familia

Logra mayor satisfacción por participar activamente en el cuidado. Puede realizar los cuidados con más tranquilidad, sin apuros. Siente que respeta la voluntad del paciente de permanecer en el domicilio. Se previene el duelo patológico.

Beneficios para el sistema de salud

Se disminuyen internaciones hospitalarias largas y de alto costo. Se evita realizar tratamientos innecesarios, disminuyendo la posibilidad de caer en encarnizamientos terapéuticos.

En sistemas sanitarios deficitarios, como ocurre en muchos países latinoamericanos, el ahorro económico que se produciría desplazando internaciones hospitalarias hacia el sector de atención domiciliaria continua, seguramente sería importantísimo. Este ahorro de divisas permitiría una mayor eficiencia en la salud pública y honorarios adecuados para los integrantes del equipo de cuidados paliativos en domicilio. (Fornells, 2000)

LA FAMILIA EN LA ATENCION AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

La familia debe ser considerada como una parte integral de la atención al paciente y es esencial tenerlo en cuenta para poderle ayudar adecuadamente. Quién se está muriendo, además del dolor físico, se enfrenta al dolor emocional producto de la pérdida de la salud, la independencia, la vida.

La familia es fundamental para hacer sentir a quien muere que estará a su lado para buscar el alivio del dolor, de otros síntomas y del sufrimiento y para acompañarle en el proceso de morir, esto es que no se encontrará sólo ante la muerte.

En muchas situaciones de enfermedad terminal, quien muere no lo hace apaciblemente debido a la angustia y a la culpa que siente al

dejar a su familia sola. Si la familia administra sus energías de tal modo que no se derrumben y le acompaña bien, la muerte transcurrirá con “más tranquilidad”.

La enfermedad altera las funciones personales a todos los niveles: familiar, laboral, económico, social. Esta situación produce en la familia una ruptura y una crisis en la vida cotidiana con cambios en todo el núcleo familiar. La incertidumbre, el miedo y la no expresión de los sentimientos, hacen que el enfermo y familiares presenten ansiedad y se encuentren en una situación de particular estrés.

En muchos casos para el paciente y la familia, es la primera vez que se enfrentan ante esta problemática: la proximidad de la muerte. Su aceptación como un hecho natural es el primer paso necesario para afrontar el sufrimiento del familiar enfermo, haciéndose imprescindible una profunda reflexión personal y una aceptación de la propia muerte como una etapa más de la vida.

Se trata de “estar ahí, hombro con hombro”. La angustia, la tristeza, la desolación de una familia que está perdiendo a un ser querido, puede obnubilar su razón y no tener en cuenta los derechos del enfermo terminal y el respeto a su voluntad. (Armentia, 2010)

ACTITUD EN FAMILIARES

Pero este proceso terminal también genera ansiedad y cambios actitudinales en los familiares, amigos e incluso en allegados. Ante este miedo y esta ansiedad se ponen en marcha ciertas estrategias defensivas representadas en una actitud a la defensiva, desfavorable.

Eludir el problema del cuidado del enfermo trasladándolo a un hospital y no afrontando la convivencia cotidiana con él, tratando de quitarse el muerto de encima y nunca mejor dicho, aunque la mayoría de las personas prefieren morir en sus hogares.

Otro mecanismo defensivo es el conocido como pacto o conspiración del silencio, evitando aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte lo cual se traduce en un mayor aislamiento del paciente.

Así una formación adecuada debería fomentar unas actitudes favorables hacia el enfermo terminal, que deberían ser:

Tomar consciencia de sus necesidades fisiológicas, sobre todo en lo referente al alivio del dolor físico y psíquico desarrollar habilidades y actitudes de observación y escucha para poder identificar adecuadamente sus necesidades específicas.

Atender adecuadamente las necesidades informativas de los familiares y allegados

Atender y ser sensible de las necesidades espirituales y religiosas del paciente

Facilitar y disponer las mejores condiciones posibles del entorno, que hagan más cómodo y acogedor el habitáculo del enfermo, tanto para él, como para sus familiares. (F.J. Gala León, M. Lupiani Jimenez, R. Raja Hernández, C.Guillen Gestoso, J.M. Gonzales Infantes, M.C. Villaverde Gutierrez, I. Alga Sanchez, 2003)

Los enfermeros oncológicos se encuentran a menudo con la muerte, que es una consecuencia final de la existencia. Constituyen los máximos ejemplos de quienes tratan de lograr curación en las personas enfermas, pero no siempre pueden lograrlo pues a pesar de los avances de la medicina existen muchas enfermedades incurables. ¿Se tiene entonces la suficiente capacidad profesional para aceptar la muerte como un hecho inseparable de la conciencia humana? ¿Cuándo no se puede evitar podrán aceptarla y ayudar de manera consciente al moribundo y su familiar?

La preocupación por una atención más compasiva e integral del equipo médico al enfermo en estadio terminal ha surgido a medida que se producen importantes avances en el conocimiento y el tratamiento de los tumores malignos. Basados en el estudio del tema, observamos que no sucede así con la atención integral de enfermería al paciente oncológico, de la cual existe muy escasa bibliografía y se recoge de forma aislada.

El morir humano puede suceder por enfermedad aguda o crónica, accidente, suicidio o asesinato, vejez, en el caso de las enfermedades malignas puede ocurrir por progresión de la misma, o complicación de los tratamientos o procedimientos. Tal es el caso del cáncer que constituye una de las primeras causas de muerte en el mundo. Es por ello que el personal médico de la rama de la oncología se enfrenta a menudo con este problema. Dentro de ellos se encuentran los que lamentablemente están en estadio terminal, los que a pesar de todas las medidas y procedimientos convencionales y extraordinarios no tienen ninguna posibilidad de mejoría, ni curación, es decir, se acercan rápida e irremediabilmente a la muerte.

Los médicos y enfermeros comparten el distress, pero necesitan herramientas para no mantenerse vulnerables y adoloridos, con el riesgo de cometer acciones inadecuadas. La información explícita al

paciente lo ayuda a dar forma a sus decisiones, a considerar opciones y hacer elecciones más realistas.

Cuando el médico está plenamente consciente de que el enfermo es víctima de una afección fatal, debe integrar en su actuación, no sólo los aspectos biológicos de la enfermedad sino los de índole psicosocial, incluidos sentimientos del paciente y su familia, como también los del personal médico y paramédico. La comunicación con el paciente debe ser un proceso continuo ya que aumenta su bienestar y el de su familia. Los profesionales al atender a los pacientes terminales nos resistimos a considerarlos como seres humanos en quienes todos los recursos de la ciencia y la técnica se han agotado, nos parece que es renunciar a nuestra entidad profesional e igualmente nos puede producir sensación de impotencia. La realidad demuestra cómo la mayoría de los procedimientos terapéuticos resultan innecesarios y responden más a nuestras angustias y deseos de actuación.

El cuidado de los pacientes con enfermedades terminales y el comportamiento y consuelo de estos y sus familiares después de una enfermedad prolongada es una de las situaciones más difíciles en la práctica de enfermería, ya que estos pacientes tienen muchas necesidades emocionales, espirituales y físicas, y hay que según *Cicely y Sanders* “no sus necesidades, sino su valor, no su dependencia, sino su dignidad”. (Lic. Miguel Alejandro Castillo Garet, 2007)

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Actitud de la familia hacia el cuidado (aliento al paciente oncológico en fase terminal).- Es la respuesta expresada por el familiar del paciente oncológico en fase terminal entorno a la disposición para brindar los cuidados en sus dimensiones bio psico social y espiritual en el hogar.

El cual fue obtenida a través de una escala de Likert y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

Cuidados del familiar al paciente oncológico en fase terminal.- Esta dada por todas aquellas actividades que realiza el familiar al paciente para mejorar su calidad de vida en cuanto a los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad a nivel físico, psicológico, emocional y espiritual.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel aplicativo, ya que parte de la realidad para transformarlo y/o modificarlos; tipo cuantitativo en razón a que se le asignó un valor numérico a la variable de estudio, método descriptivo de corte transversal ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Servicio de Consultorio externos a los familiares de los pacientes oncológicos terminales que acuden al Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas. Esta institución cuenta con una infraestructura en actual equipación que brinda atención al paciente oncológico ofreciendo atención en Servicios de consultorio externo, Servicio de hospitalización.

El servicio de consultorio externo funciona actualmente en horarios de 8 horas a 20 horas. Mientras el servicio de hospitalización ubicado en el primer piso del hospital, al ala este.

Cuenta con un total de 15 camas. Este servicio cuenta con un tópic, ambiente de administración de medicamentos y un baño para el personal exclusivamente.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por los familiares que acuden al Servicio de Consultorios externos del Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas para la atención de sus familias que acudieron en el mes de Diciembre del 2013, representada por 29 familias.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Familiar de un paciente oncológico en fase terminal.
- Edad, mayor de 18 años.
- Familiar del paciente que acude ante los síntomas del paciente oncológico terminal
- Familiar que acepta participar en el estudio

3.4.2. Criterios de exclusión

- Familiares con dependencia física

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo Escala de Likert modificada (Anexo B). El cual fue sometido a juicio de expertos conformado por enfermeras, docentes de enfermería, médicos oncólogos, entre otros profesionales, siendo la información obtenida procesada en la Tabla de concordancia y prueba Binomial. (Anexo D).

Posteriormente se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test (Anexo G), mientras que para la confiabilidad se aplicó la prueba α de Crombach. (Anexo H).

3.6. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN.

Para realizar el estudio se llevó a cabo el trámite administrativo a través de un oficio dirigido al Director del Hospital Regional de Enfermedades Neoplásicas, con copia a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación a fin de solicitar la autorización para la ejecución del estudio. Luego de ello se realizó la coordinación con la enfermera jefe del servicio de consulta externa a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando de 20 a 30 minutos para su aplicación previo consentimiento informado.

Posterior a la recolección de los datos, éstos fueron procesados mediante el paquete de Excel previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo E) y Tabla Matriz. (Anexo F).

Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para su análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, la escala de estacionones, la frecuencia absoluta y los porcentajes, valorando la variable en favorable, medianamente favorable y desfavorable. (Anexo I).

3.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para ejecutar el estudio se tuvo en consideración contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio, es decir los familiares de los pacientes con enfermedad oncológica terminal que acuden a consulta externa, expresándoles que es de carácter anónimo y confidencial, y que la información obtenida solo será utilizada para los fines de estudio. (Anexo C).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para realizar el análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico. Así tenemos:

4.1. RESULTADOS

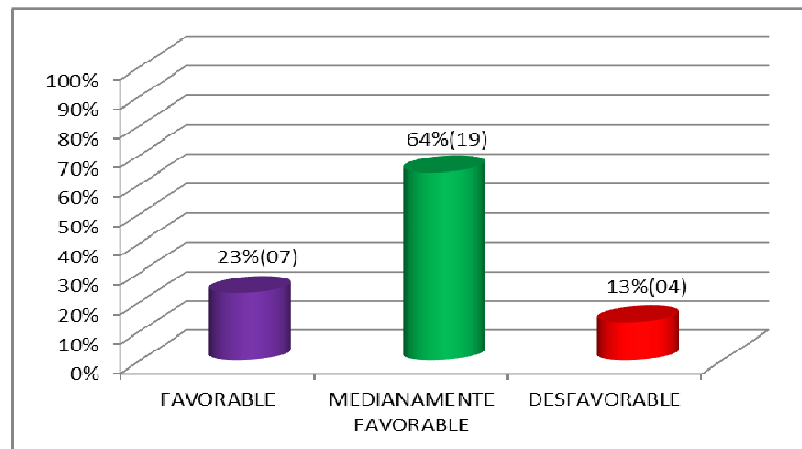
En cuanto a los datos generales:, del 100% (29), 66% (19) son de sexo femenino y 34% (10) de sexo masculino; 45% (13) tienen de 18 a 30 años, 28% (8) de 46 a 60 años, 20% (6) de 31 a 45 años y 7% (2) mas de 60 años; 59% (17) son casados, 24% (7) solteros, 14% (4) conviviente, y 3% (1) otro; 79% (23) de religión católico y 21% (6) evangélica; 72% (21) tienen antecedentes de familiar en fase terminal y 28% (8) no; 76% (22) tiene experiencia de ver morir a algún familiar y 24% (7) no. (Anexo J).

Por lo expuesto podemos deducir que el mayor porcentaje de los familiares es de sexo femenino, tienen de 18 a 45 años, es decir son adultos jóvenes y maduros, son casados, la mayoría son de religión católica, tienen antecedentes de familiares en fase terminal y han tenido la experiencia de ver morir a algún familiar.

Respecto a la actitud de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar, del 100% (29), 64% (19) son medianamente favorable, 23% (7) favorable y 13% (4) desfavorable. (Gráfico N° 1, Anexo K). Los aspectos medianamente favorable está referida a que atiende según sus criterios las necesidades del paciente

GRAFICO N° 1

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR HUANCAYO – PERU 2014

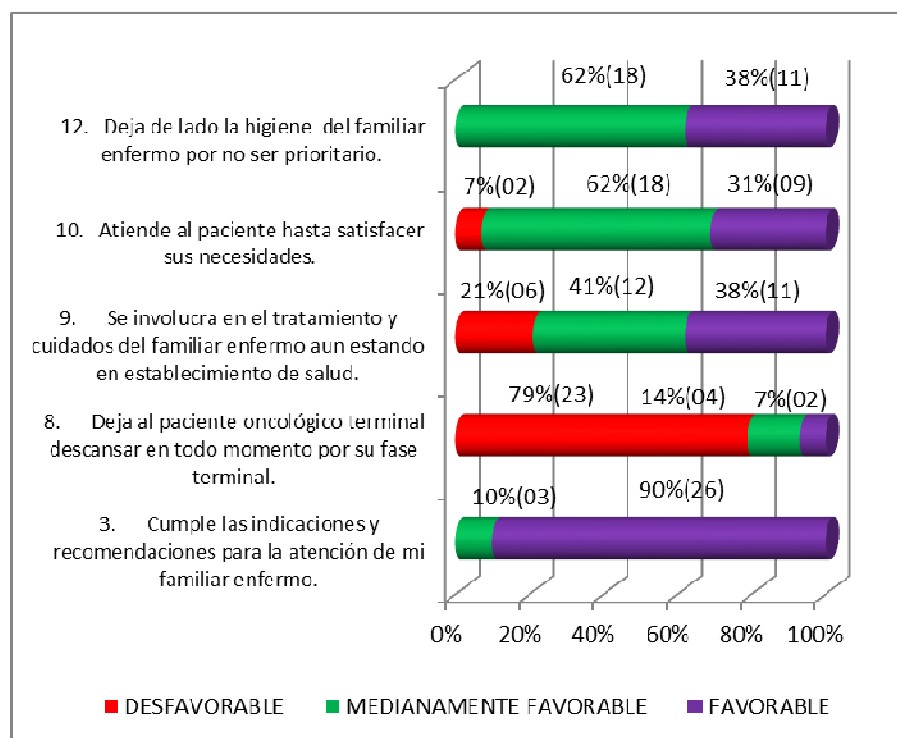


FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

oncológico terminal, busca soporte emocional en algún personal de salud que conoce de esta enfermedad, planifica los cuidados al paciente en tiempo, lugar es espacio y busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal; lo favorable porque los familiares mantienen al paciente oncológico en buen estado de higiene, ante la presión y ansiedad que genera le enfermedad llora mucho, mantienen la situación financiera dentro de los parámetros normales, mantienen la tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte; y lo desfavorable porque se siente desorientado ante procedimientos legales administrativos que requiere el familiar enfermo, no mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte, encuentran soporte emocional en una persona de salud ante la situación de la enfermedad y deja a cargo total la atención cuando se encuentra en algún establecimiento de salud. (Anexo M, N, O, P).

GRAFICO N° 2

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION FISICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR HUANCAYO – PERU 2014



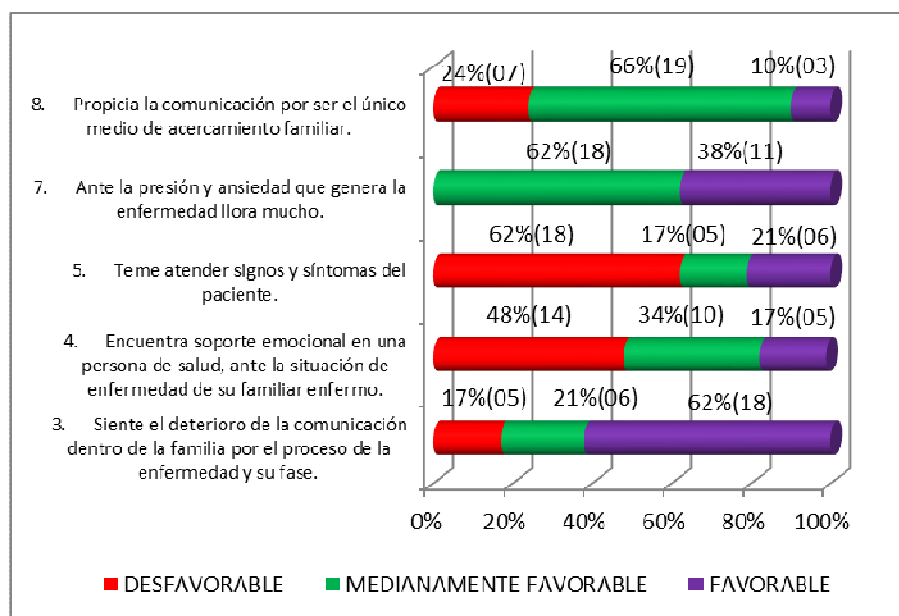
FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

Acerca de la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión física al paciente oncológico terminal en el hogar, del 100%

(29), 66% (19) son medianamente favorable, 17% (5) favorable y 17% (5) desfavorable. (Gráfico N° 2, Anexo L). Los aspectos medianamente favorable está dado por que 62% (18) expresan que atienden al paciente hasta satisfacer sus necesidades, y 62% (18) ya que deja de lado la higiene del familiar enfermo por no ser prioritario, lo favorable por que 90% (26) cumplen las indicaciones y recomendaciones para la

GRAFICO N° 3

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION EMOCIONAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR HUANCAYO – PERU 2014



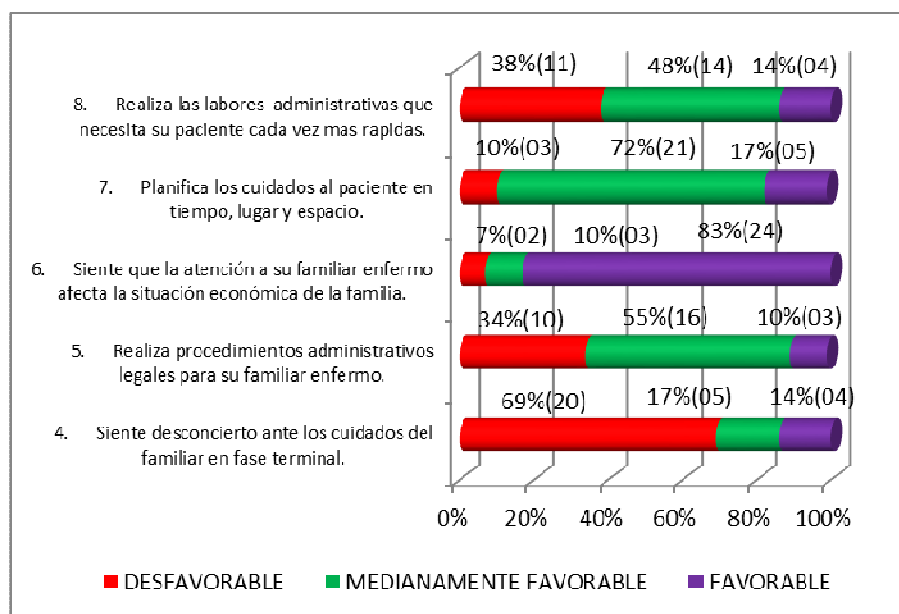
FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

atención del familiar enfermo, 62% (18) evita riesgos a caídas y daños; mientras que lo desfavorable está dada por que 79% (23) expresan que deja al paciente oncológico terminal descansar en todo momento por su fase terminal y 21% (6) se involucre en el tratamiento y cuidados del familiar enfermo aun estado en el establecimiento de salud (Anexo M).

Sobre la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión emocional al paciente oncológico terminal en el hogar, del 100% (29), 59% (17) son medianamente favorable, 24% (7) desfavorable y 17% (5)

GRAFICO N° 4

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION PSICOLOGICA AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR HUANCAYO – PERU 2014

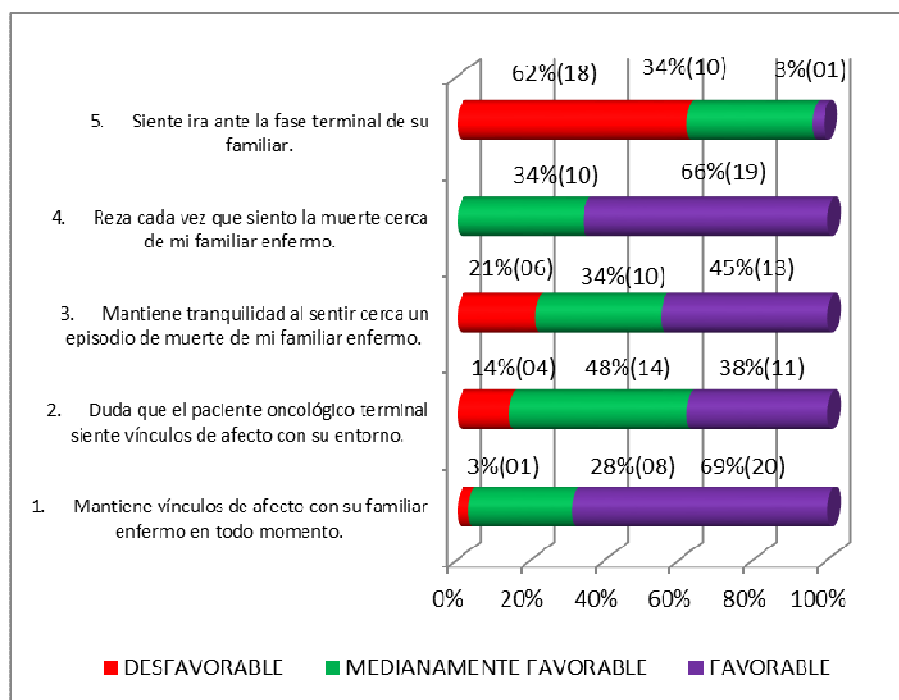


FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

favorable. (Gráfico N° 3, Anexo L). Los ítems referidos a medianamente favorable están dados porque 66% (19) expresan que propicia la comunicación por ser el único medio de acercamiento familiar y 62% (18) porque ante la presión y ansiedad que genera la enfermedad llora mucho; lo desfavorable porque 62% (18) temen atender signos y síntomas, y 48% (14) encuentran soporte emocional en una persona de salud ante la situación de enfermedad de su familiar enfermo, y lo favorable 62% (18) sienten el deterioro de la comunicación dentro de la familia por el proceso de la enfermedad y su fase, 28% (8) cree tolerar al atender a un paciente terminal ante la ansiedad que genera. (Anexo N).

GRAFICO N° 5

**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN
DIMENSION ESPIRITUAL AL PACIENTE
ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR
HUANCAYO – PERU
2014**



FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

En cuanto a la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión psicológica al paciente oncológico terminal en el hogar, del 100% (29), 69% (20) son medianamente favorable, 17% (5) favorable y 14% (4) desfavorable. (Gráfico N° 4, Anexo L). Los aspectos referidos a medianamente favorable está dado porque 72% (21) planifican los cuidados al paciente en tiempo, lugar y espacio, 48% (14) realizan labores administrativas que necesita su paciente cada vez más rápidas y 62% (18) sienten que las diligencias administrativas para la atención de su familiar son difíciles de realizar, lo favorable ya que 83% (24)

siente que la atención de su familiar enfermo afecta la situación económica de la familia, 55% (16) mantiene la situación financiera dentro de los parámetros normales; y lo desfavorable 69% (20) sienten desconcierto ante los cuidados del familiar en fase terminal, 41% (12) se sienten desorientados ante los procedimientos legales administrativos que requiere su familiar enfermo. (Anexo O).

Acerca de la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión espiritual al paciente oncológico terminal en el hogar, del 100% (29), 62% (18) son medianamente favorable, 21% (6) favorable y 17% (5) desfavorable. (Gráfico N° 5, Anexo L). Los items referido a medianamente favorable está dado porque 48% (14) duda que el paciente oncológico terminal sienta vínculos de afecto con su entorno y 48% (14) busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal, lo favorable 69% (20) mantiene vínculos de afecto con su familiar enfermo en todo momento, 66% (19) reza cada vez que siente que la muerte está cerca del familiar enfermo; y lo desfavorable 62% (18) siente ira ante la fase terminal de su familiar, 21% (6) mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte del familia enfermo. (Anexo P).

4.2. DISCUSION

El cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas; cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad.

Los enfermos de cáncer tienen entre 3 a 18 síntomas con un promedio de 10 síntomas por enfermo. Diferentes investigadores coinciden en señalar que los síntomas más incidentes en estos enfermos son el

dolor, estreñimiento, debilidad, insomnio, anorexia, boca seca, náuseas y vómitos, entre otros síntomas. De ahí que es fácil comprender la importancia de la incidencia de estos síntomas y las formas más adecuadas para su control ya que estos son responsables del deterioro progresivo de la calidad de vida, tanto de los enfermos como de sus familiares.

Los cuidados paliativos comprenden actividades orientadas a proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas; son una afirmación de la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no pretenden adelantar ni aplazar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente; ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente viva del modo más activo posible hasta el momento de la muerte; ofrecen un sistema de apoyo para que las familias puedan sobrellevar la enfermedad del paciente y durante su propio duelo; si procede; mejorarán la calidad de vida y también pueden influir positivamente el transcurso de la enfermedad; se pueden aplicar en los primeros momentos de la enfermedad, junto con otras terapias que pretenden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia; incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas.

Al respecto Barrera Rojas, Yasmina Paola, (2011), concluyo que las enfermeras que atienden a pacientes oncológicos en fase terminal evidenciaron actitudes medianamente favorables y en menor proporción actitudes favorables; las cuales tiene igual valoración que las actitudes desfavorables. Asimismo Zavala Alvites Alejandrina, (2009), concluyo que la mayoría de los pacientes demuestran una actitud desfavorable hacia su enfermedad y tratamiento siendo el más afectado el factor cognitivo y el emocional lo que está más ligado a la

información que este haya recibido en el transcurso de la aceptación de la enfermedad y tratamiento.

Por los datos obtenidos en el estudio se puede concluir que el mayor porcentaje de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar, tienen una actitud medianamente favorable referida a que atiende según sus criterios las necesidades del paciente oncológico terminal, busca soporte emocional en algún personal de salud que conoce de esta enfermedad, planifica los cuidados al paciente en tiempo, lugar es espacio y busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal; seguido de un menor porcentaje considerable de familiares que tienen una actitud favorable porque mantienen al paciente oncológico en buen estado de higiene, ante la presión y ansiedad que genera le enfermedad llora mucho, mantienen la situación financiera dentro de los parámetros normales, y mantienen la tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte; un mínimo porcentaje significativo tienen una actitud desfavorable ya que se siente desorientado ante procedimientos legales administrativos que requiere el familiar enfermo, no mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte, encuentran soporte emocional en una persona de salud ante la situación de la enfermedad y deja a cargo total la atención cuando se encuentra en algún establecimiento de salud; lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de recuperación y predisponerlo a complicaciones si los familiares carecen de la información acerca de los cuidados que debe tener el paciente oncológico en fase terminal en el hogar.

Los cuidados físicos del paciente implican la detección de los síntomas que presenta, prestando especial atención a aquellos que pueden ser modificados gracias a la intervención o que repercuten de manera

considerable en su estado vital. Por ello es fundamental la comunicación con el enfermo que nos expresará no solo su malestar físico, sino además la repercusión psicológica.

Ante el control de los signos y síntomas más comunes como el dolor, las náuseas, los vómitos, etc., el familiar se siente impotente para el manejo de estos síntomas, propiciando más procesos angustiosos que de serenidad. De ahí que el personal de enfermería al estar en contacto con el paciente y familiar/ cuidador debe incluir como parte de su atención actividades de soporte sobre los cuidados que el familiar debe de manejar básicamente.

Carrasco López Nydia; Cruz Oncoy Yolanda, (1999), concluyo que existe un gran porcentaje de familiares (68.3 %) con un nivel bajo sobre los cuidados en el hogar que debe tener el paciente oncológico sometido a quimioterapia, relacionados en el aspecto fisiológico a la higiene oral, genital, alimentación (tipo: horario); seguido de los cuidados en la diarrea, sangrado: en lo concerniente al aspecto psicosocial, deambulación y recreación, dicha situación repercute negativamente los cuidados que puedan ofrecer los familiares al paciente canceroso frente a los afectos adversos del tratamiento poniendo en riesgo la salud mermada del paciente a mayores complicaciones post – quimioterapia que puede conllevarlo a la muerte.

Por lo expuesto y los datos obtenidos en el estudio se puede concluir que la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión física al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje es medianamente favorable ya que expresan que atienden al paciente para satisfacer sus necesidades, y deja de lado la higiene del familiar enfermo por no ser prioritario, un mínimo porcentaje significativo

expresa que es favorable por que cumplen las indicaciones y recomendaciones para la atención del familiar enfermo, y evita riesgos a caídas y daños; de igual modo un porcentaje mínimo significativo tienen una actitud desfavorable ya que expresan que deja al paciente oncológico terminal descansar en todo momento por su fase terminal y se involucra en el tratamiento y cuidados del familiar enfermo en el establecimiento de salud; lo cual puede de alguna manera repercutir en el proceso de participación del familiar en el cuidado del paciente oncológico en fase terminal contribuyendo al proceso de recuperación y disminuyendo al riesgo a adquirir complicaciones derivada de su estado de salud.

Los cuidados emocionales pueden proporcionar recursos para ayudar a los pacientes y a sus familias a hacer frente a las emociones que acompañan a un diagnóstico de cáncer y al tratamiento del mismo. Los profesionales de enfermería deben proveer orientación, recomendar grupos de apoyo, realizar reuniones familiares y hacer recomendaciones a profesionales de salud mental. La dimensión emocional señala los sentimientos, emociones estados de ánimos o del intelecto que influyen en la satisfacción de las necesidades de aprecio, reconocimiento, autonomía, respeto, amor, confianza, seguridad que se le pueda brindar al paciente oncológico terminal.

La presencia de la enfermedad terminal en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida. Estas respuestas no constituyen un síntoma familiar sino que pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad y la muerte. Sólo en familias en que no se produzca una respuesta adaptativa final y queden enganchados en una determinada respuesta emocional, puede

alterar los cuidados del paciente o la situación del cuidador primario considerándose como una respuesta disfuncional.

Por lo que debido a los datos obtenidos en el estudio la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión emocional al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje expresa que es medianamente favorable ya que expresan que propicia la comunicación por ser el único medio de acercamiento familiar y porque ante la presión y ansiedad que genera la enfermedad llora mucho; seguido de un porcentaje menor considerable que manifiestan que es desfavorable porque temen atender signos y síntomas, y encuentran soporte emocional en una persona de salud ante la situación de enfermedad de su familiar enfermo, y un mínimo porcentaje significativa que es favorable ya que sienten el deterioro de la comunicación dentro de la familia por el proceso de la enfermedad y su fase, y creen tolerar al atender a un paciente terminal ante la ansiedad que genera; de modo que puede predisponer negativamente en el proceso de recuperación al paciente toda vez que la presencia de un familiar enfermo en fase terminal puede ocasionar inestabilidad emocional a los familiares cuando carecen de información suficiente acerca de los cuidados que debe prodigar al paciente oncológico en el hogar.

Los cuidados psicológicos utilizan un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo ayuda en el duelo.

Esta dimensión en el cuidado psicológico - social, que el familiar brinda incluye procesos de ansiedad, depresión, insomnio, temores. Para muchos pacientes y sus familias, es difícil entender y sobre llevar estos.

De modo que por los datos obtenidos en el estudio se puede concluir que la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión psicológica al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje expresan que es medianamente favorable ya que planifican los cuidados al paciente en tiempo, lugar y espacio, realizan labores administrativas que necesita su paciente cada vez más rápidas y sienten que las diligencias administrativas para la atención de su familiar son difíciles de realizar, seguido de un mínimo porcentaje significativo que refiere que la actitud es favorable ya que sienten que la atención de su familiar enfermo afecta la situación económica de la familia, mantienen la situación financiera dentro de los parámetros normales; y un mínimo porcentaje significativa que es desfavorable ya que sienten desconcierto ante los cuidados del familiar en fase terminal, y se sienten desorientados ante los procedimientos legales administrativos que requiere su familiar enfermo; lo cual genera desesperanza, incertidumbre y desorientación a los familiares ante el desconocimiento de cómo abordar los efectos y/o manifestaciones de las complicaciones del paciente oncológico en fase terminal, predisponiéndole a que presente el familiar inestabilidad emocional, retraimiento y trastornos en el carácter que repercute en el proceso de comunicación familiar.

Los cuidados espirituales está dado por la necesidad de considerar a la espiritualidad como una de las cualidades superiores del ser humano distinguiéndole del resto de seres vivos. Engloba no solo sus creencias religiosas sino también la percepción que uno tiene de sí mismo, la relación con los demás, el concepto de la enfermedad y el sentido de la vida, estando por tanto influenciada por la cultura de cada momento.

En esta dimensión las familias suelen buscar con más profundidad el significado de su vida. Para algunos pacientes, la enfermedad les da

más fe; para otros, la enfermedad hace que pongan su fe en duda mientras luchan para entender por qué han padecido ellos cáncer.

Por los datos obtenidos en el estudio se puede concluir que la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión espiritual al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje expresa que es medianamente favorable ya que dudan que el paciente oncológico terminal sienta vínculos de afecto con su entorno y se busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal, seguido de un menor porcentaje que tiene actitud favorable ya que mantiene vínculos de afecto con su familiar enfermo en todo momento, reza cada vez que siente que la muerte está cerca del familiar enfermo; y un mínimo porcentaje significativo expresa que la actitud desfavorable está dado porque sienten ira ante la fase terminal de su familiar, y mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte; por lo que puede de alguna manera contribuir en la inestabilidad emocional del familiar produciéndole una sensación de incapacidad para abordar los cuidados que debe prodigar al paciente oncológico en fase terminal, en vez de una sensación de bienestar, comodidad y control ante los diferentes cuidados del paciente en el hogar.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Acerca de la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión física al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje expresan que es medianamente favorable, ya que atienden al paciente hasta satisfacer sus necesidades, y deja de lado la higiene del familiar enfermo por no ser prioritario, seguido de un porcentaje mínimo significativo de familiares que manifiestan que es desfavorable ya que dejan que paciente oncológico terminal descanse en todo momento por su fase terminal, se involucre en el tratamiento y cuidados del familiar enfermo, y un mínimo porcentaje significativo expresan que es favorable porque cumplen las indicaciones y recomendaciones para la atención del familiar enfermo, y evita riesgos a caídas y daños.
- Respecto a la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión emocional al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje manifiesta que es medianamente favorable ya que expresan que propicia la comunicación por ser el único medio de acercamiento familiar y ante la presión y ansiedad que genera la enfermedad lloran mucho, seguida de un porcentaje considerable que es desfavorable porque temen atender signos y síntomas, y encuentran soporte emocional en una persona de salud ante la situación de enfermedad de su familiar enfermo, y un mínimo porcentaje significativo manifiesta

que es favorable porque sienten el deterioro de la comunicación dentro de la familia por el proceso de la enfermedad y su fase y creen tolerar al atender a un paciente terminal ante la ansiedad que genera.

- En cuanto a la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión psicológica al paciente oncológico terminal en el hogar, el mayor porcentaje expresa que es medianamente favorable ya que planifican los cuidados al paciente en tiempo, lugar y espacio, realizan labores administrativas que necesita su paciente cada vez más rápidas y sienten que las diligencias administrativas para la atención de su familiar son difíciles de realizar, un mínimo porcentaje significativo es favorable ya que sienten que la atención de su familiar enfermo afecta la situación económica de la familia, y mantienen la situación financiera dentro de los parámetros normales, seguido de un porcentaje mínimo significativo desfavorable ya que sienten desconcierto ante los cuidados del familiar en fase terminal, se sienten desorientados ante los procedimientos legales administrativos que requiere su familiar enfermo.
- Acerca de la actitud de los familiares hacia los cuidados según la dimensión espiritual, el mayor porcentaje manifiesta que es medianamente favorable ya que duda que el paciente oncológico terminal sienta vínculos de afecto con su entorno y busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal, mientras que un mínimo porcentaje significativo expresa que es favorable en razón a que mantiene vínculos de afecto con su familiar enfermo en todo momento, reza cada vez que siente que la muerte está cerca del familiar

enfermo; y un mínimo porcentaje significativo refiere tener una actitud desfavorable ya que siente ira ante la fase terminal de su familiar, y mantienen tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte del familia enfermo.

5.2. LIMITACIONES

Los resultados y las conclusiones solo son generalizables para la población de estudio es decir los familiares que asisten al servicio de consultorios externos del Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas.

5.3. RECOMENDACIONES

- Promover en el profesional de enfermería información para iniciar una labora pionera en educación sanitaria la educación en este tipo de paciente oncológico terminal, teniendo en cuenta las dimensiones que competen en un cuidado Paliativo dentro de su hogar
- Promover dentro de las instituciones que tienen en sus aéreas a este tipo de paciente terminal estrategias orientadas a mejorar la calidad del cuidado paliativo.
- Involucrar más a los profesionales de la salud un mayor abordaje en temas de cuidado paliativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Barrera Rojas, Yasmina Paola, "Actitud de la enfermera hacia el cuidado del paciente oncológico en fase terminal en el Servicio de Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Noviembre - Diciembre, 2008" [Trabajo de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica]. Lima – Perú. UNMSM. 2011.
- (2) Zavala Alvites Alejandrina, "Actitud del paciente oncológico hacia su enfermedad y tratamiento en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Diciembre del 2008 – Enero 2009, Trujillo. 2009.
- (3) Acosta Olivera Jenny Rosario del Pilar, "Actitudes de los Internos de Enfermería hacia los Cuidados Paliativos del Paciente terminal" 2004.
- (4) Carrasco López, Nydia, Cruz Oncoy Yolanda;. "Conocimiento y Actitudes de los Familiares hacia los Cuidados en el Hogar, que debe tener un paciente oncológico sometido a Quimioterapia en el Servicio de Oncología del hospital Nacional Guillermo Almenara".[Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Lima, Perú. UNMSM. 1999.
- (5) Fornells, H. A.. "Cuidados Paliativos en el Domicilio". Scielo - Argentina, 2000 p. 4-13.
- (6) Buigues Mengual, Francisco, Torres Pérez Jordi, Gemmma Femenina Pérez, Baydal Cardona. Rosario "Guía de Atención al Paciente Terminal". Madrid, España.2009.
- (7) Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal. Revista Cubana de Oncología, 2008. Pág. 82 -84.

- (8) Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Control del Cáncer - Aplicaciones de los conocimientos Guía de la OMS para el desarrollo de programas eficaces, 2007, pág. 4:50.
- (9) López, Casero, Natalia, Beltrán, Sara Cerezo Gonzales. Cuidados paliativos en el Paciente Oncológico. Madrid - España: Visión - Libro. 2011.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Control del Cáncer, Aplicaciones de los Conocimientos para Guías para el desarrollo de Programas eficaces, 2002. Pág. 3:50.
- (11) Moreno, M. J. Cuidados Paliativos del Paciente Oncológico. Madrid - España: 2013. Visión Libro.
- (12) Armentia, E. M. La importancia de la Familia en la Atención en enfermos terminales. Argentina. 2010.
- (13) F.J. Gala León, M. Lupiani Jiménez, R. Raja Hernández, C.Guillen Gestoso, J.M. Gonzales Infantes, M.C. Villaverde Gutierrez, I. Alga Sanchez. "Actitudes Psicológicas ante la muerte y duelo" - Revisión conceptual. Scielo - España, 2013. Pág. 45:47.
- (14) Lic. Miguel Alejandro Castillo Garet, Lic. Ana Ibis Jimenez Hernandez, Lic. Imilla Torres Orue. "atención integral de Enfermería al paciente oncológico en estadio Terminal" 2007

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la Variable	I
B. Instrumento	II
C. Consentimiento Informado	V
D. Tabla de Concordancia – Prueba Binomial	VI
E. Tabla de Códigos	VII
F. Tabla Matriz de Datos	IX
G. Validez del Instrumento	XI
H. Confiabilidad del Instrumento	XII
I. Medición de la Variable	XIII
J. Datos Generales de Familiares de paciente oncológico	XV
K. Actitud de los Familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014.	XVI
L. Actitud de los Familiares por dimensiones hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014.	XVII
M. Actitud de los Familiares hacia los cuidados según dimensión física al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014.	XVIII
N. Actitud de los Familiares hacia los cuidados según dimensión emocional al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014.	XIX
O. Actitud de los Familiares hacia los cuidados según dimensión psicológica al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014.	XX
P. Actitud de los Familiares hacia los cuidados según dimensión espiritual al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014.	XXI

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR FINAL
Actitud de los familiares hacia los cuidados	Podemos definir a los cuidados como la atención específica, activa e integral que deben recibir las personas con una enfermedad terminal y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. Los cuidados en el hogar intentan conseguir que los pacientes pasen los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de modo que puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un ambiente lo más familiar posible, rodeados de la gente que quiere.	Cuidados físicos :	Dolor Nauseas Vómitos Anorexia Astenia Estreñimiento Ulceras por presión	FAVORABLE
		Cuidados emocionales	Relaciones interpersonales Personalidad Comunicación Motivación	MEDIANAMENTE FAVORABLE
		Cuidados psicológicos	Ansiedad Depresión Insomnio Temor	DESFAVORABLE
		Cuidados espirituales:	Creencias Religiosidad Sentido de la vida	

ANEXO B



UNMSM-FM-UPG
PSEE – 2014

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Estimado señor (a).

Soy estudiante de la Segunda especialidad en Enfermería Oncológica de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M – Unidad de Post Grado, que me encuentro realizando mi estudio en coordinación con el Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas. Por lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de enunciados para lo cual se le solicita que responda con un aspa según considere la respuesta mas

Siempre (S)
Casi siempre (CS)
Algunas Veces (AL)
Casi nunca (CN)
Nunca (N)

DATOS GENERALES

A continuación se le presenta una serie de preguntas, complete en las líneas punteadas y marque con un aspa (X) o cruz () según crea apropiada.

Sexo: Femenino () Masculino ()
Edad: 18 – 30 años () 31 – 45 años ()
46 – 60 años () Mayor de 60 años ()

Estado civil: Soltero (a) () b. Casado(a) ()
Conviviente () d. Otro:

Religión: Católica ()
Otro: especifique

Antecedentes de pacientes oncológicos terminales.

Si () No ()

Que familiar:

Ha tenido usted. Alguna experiencia de ver morir a algún familiar

Si () No ()

DATOS ESPECÍFICOS

N°	ENUNCIADO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	Se siente abrumado ante algunos síntomas del paciente					
2	Enfrenta el temor a los signos y síntomas del paciente					
3	Deja de lado las necesidades del paciente por estar en fase terminal					
4	Cumple las indicaciones y recomendaciones para la atención de mi familiar enfermo					
5	Mantiene vínculos de afecto (caricias, gestos) con su familiar enfermo en todo momento.					
6	Duda que el paciente oncológico terminal sienta vínculos de afectos con su entorno					
7	Mantiene al paciente oncológico en buen estado de higiene cuantas veces lo requiera					
8	Cree tolerar atender a un paciente terminal ante la ansiedad que genera					
9	Siente que las diligencias administrativas para la de su familiar son difíciles de realizar					
10	Deja a cargo total la atención de su familiar enfermo cuando se encuentra en algún Establecimiento de salud					
11	Se siente desorientado ante procedimientos legales-administrativos que requiere su familiar enfermo					
12	Mantiene tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte de mi familiar enfermo					
13	Siente el deterioro de la comunicación dentro de la familia por el proceso de la enfermedad y su fase					
14	Mantiene la situación financiera dentro de los parámetros normales					
15	Reza cada vez que siento la muerte cerca de mi familiar enfermo					
16	Se siente concentrado para atender, al paciente					
17	Encuentra soporte emocional en					

	un personal de salud, ante la situación de enfermedad de su familiar enfermo					
18	Atiende según su criterio las necesidades del paciente oncológico terminal					
19	Deja al paciente oncológico terminal descansar en todo momento por su fase					
20	Se involucra en el tratamiento y cuidados del familiar enfermo aun estando en establecimientos de salud					
21	Siente desconcierto ante los cuidados del familiar en fase terminal					
22	Realiza procedimientos administrativos legales para su familiar enfermo					
23	Busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal					
24	Siente que la atención a su familiar enfermo afecta la situación económica de la familia					
25	Teme atender signos y síntomas del paciente					
26	Busca soporte emocional en algún personal de salud que conoce de esta enfermedad					
27	Atiende al paciente hasta satisfacer su necesidades					
28	Evita riesgos de caídas y daños del familiar enfermo en todo momento					
29	Deja de lado la higiene del familiar enfermo por no ser prioritario					
30	Ante la presión y ansiedad, que genera la enfermedad, llora mucho					
31	Planifica los cuidados al paciente, tiempo lugar y espacio					
32	Realiza las labores administrativas que necesita su paciente cada vez más rápidas					
33	Siente ira ante la fase terminal de su familiar					
34	Propicia la comunicación por ser el único medio de acercamiento familiar					

Gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Actitud de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar. Huancayo – Perú. 2014”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombre:

DNI:

ATTE.

Autora del estudio

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUECES EXPERTOS								<i>p</i>
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035

Leyenda:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Si “p” es menor de 0.05 el grado de concordancia es significativo.

ANEXO E

TABLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES:

- 1) SEXO: Mujer (0) Varón (1)
- 2) EDAD: 18 a 29 años (1) 30 a 49 años (2)
 50 a 59 años (3) Mayor de 60 (4)
- 3) ESTADO CIVIL: Soltera (1) Casada (2)
 Conviviente (3) Otro (4)
- 4) RELIGIÓN: Católico (1) Evangélico (2)
 Otro (3)
- 5) ANTECEDENTES FAMILIARES:
 Si (1) No (2)
- 6) EXPERIENCIAS PREVIAS DE FALLECIMIENTO DE FAMILIARES:
 Si (1) No (2)

DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN DIMENSIONES:

DIMENSIONES	Nº DE ITEMS	CATEGORIA	VALOR
Cuidados físicos	1 (+)	S	5
	3 (-)	N	5
	4 (+)	S	5
	7 (+)	S	5
	10 (-)	N	5
	16 (-)	N	5
	18 (-)	N	5
	19 (-)	N	5
	20 (+)	S	5
	27 (+)	S	5
	28 (+)	S	5
	29 (-)	N	5

Cuidados Emocionales	2 (+)	S	5
	8 (+)	S	5
	13 (+)	S	5
	17 (+)	S	5
	25 (-)	N	5
	26 (-)	N	5
	30 (-)	N	5
	34 (-)	N	5
Cuidados Psicológicos	9 (+)	S	5
	11 (+)	S	5
	14 (-)	N	5
	21 (-)	N	5
	22 (-)	N	5
	24 (+)	S	5
	31 (+)	S	5
	32 (-)	N	5
Cuidados Espirituales	5 (+)	S	5
	6 (-)	N	5
	12 (-)	N	5
	15 (+)	S	5
	23 (+)	S	5
	33 (-)	N	5

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE DATOS

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Σ	
1	3	4	3	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	4	3	4	2	3	2	2	2	3	3	4	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	107	
2	2	3	3	4	4	3	3	4	3	2	3	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3	4	4	2	3	2	3	4	3	2	3	2	2	3	101	
3	5	1	3	5	3	3	3	2	3	4	4	4	4	3	3	2	3	3	4	1	5	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	107	
4	4	2	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3	4	2	3	3	3	2	3	4	4	2	3	3	4	3	4	3	2	3	3	111	
5	5	5	5	4	4	4	3	4	2	2	2	3	4	4	3	1	2	3	2	5	4	2	4	4	4	4	3	4	3	4	3	2	2	3	113	
6	3	4	5	4	3	4	4	4	3	3	5	2	2	2	5	2	4	1	1	5	3	5	3	3	5	3	3	5	3	3	3	3	3	2	115	
7	2	2	3	4	3	3	3	3	2	2	2	3	4	4	3	3	2	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	2	2	3	95	
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	5	3	1	3	5	3	2	3	2	4	5	3	4	1	3	1	100	
9	4	4	4	5	5	5	4	4	3	4	4	5	3	4	5	2	4	4	2	4	2	2	4	4	2	2	2	4	4	4	2	4	2	2	119	
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	5	1	3	2	5	4	3	5	1	3	4	3	3	2	3	4	1	3	101	
11	3	1	5	5	5	2	5	4	3	1	3	5	4	2	5	3	5	1	2	5	2	2	5	3	5	2	5	5	5	3	3	2	3	1	115	
12	5	1	4	5	5	5	5	2	4	2	4	5	4	4	5	4	2	2	2	3	1	3	3	4	1	2	3	3	3	2	3	3	1	3	108	
13	5	3	3	5	5	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	112	
14	3	3	5	5	5	3	5	5	1	1	1	1	1	1	4	1	3	3	1	2	1	5	2	5	5	5	5	3	5	5	3	5	4	5	4	112
15	5	5	1	4	4	2	4	2	2	3	4	4	4	4	5	4	4	2	2	4	2	2	4	4	1	2	5	5	5	1	1	2	2	3	108	
16	5	1	5	5	5	5	5	2	4	4	4	5	4	4	4	3	3	2	2	5	1	3	4	4	2	2	4	4	4	2	3	3	2	3	118	
17	5	2	3	4	5	3	4	2	3	3	3	3	4	4	5	4	3	3	4	3	2	3	2	4	2	3	3	4	3	1	3	3	2	3	108	
18	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	1	5	4	3	3	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	115	
19	4	2	4	4	4	4	3	2	3	3	4	4	1	4	4	2	3	3	2	4	2	3	4	4	2	2	3	3	4	4	2	3	4	2	3	106

E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Σ
20	4	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	104
21	3	3	4	4	4	3	3	2	3	3	2	4	4	1	4	4	2	3	2	3	2	3	3	1	2	1	3	3	3	2	1	3	2	3	93
22	2	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	2	4	4	5	4	1	2	1	3	1	3	5	4	4	5	4	4	3	4	3	3	2	3	112
23	2	4	4	4	4	3	4	2	3	2	3	2	4	4	4	4	2	3	2	3	2	2	3	4	4	2	2	3	3	3	4	3	3	2	103
24	3	3	4	4	2	2	4	2	1	2	4	2	1	4	3	4	2	1	1	2	2	3	2	1	2	3	3	4	3	1	3	1	1	4	84
25	3	3	4	4	3	2	3	3	4	3	4	3	4	1	4	3	2	1	2	3	2	3	3	4	2	1	3	4	3	2	1	4	2	1	94
26	2	3	4	4	4	3	3	3	4	2	4	3	4	4	4	4	2	3	2	3	2	2	3	4	2	3	3	3	4	3	3	4	2	1	104
27	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	2	3	2	4	2	3	3	4	2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	109
28	4	4	4	4	5	5	3	2	3	4	3	4	4	4	5	3	2	3	2	4	2	2	4	4	2	4	2	4	3	3	2	2	3	112	
29	2	1	3	4	3	3	3	2	1	2	1	2	1	1	3	3	3	1	2	3	2	1	2	4	2	4	3	4	3	2	3	1	2	4	80
	0.48	0.15	0.34	0.41	0.68	0.53	0.42	0.38	0.42	0.28	0.33	0.39	0.35	0.24	0.49	0.1	0.24	0.37	0.0	0.44	0.27	0.5	0.31	0.30	0.30	0.20	0.29	0.13	0.31	0.33	0.28	0.26	0.37	0.1	-
	6	9	2	1	1	3	5	8	7	2	8	1	8	9	6	6	4	7	7	6	-0	4	7	2	8	7	9	2	6	9	2	6	1	9	85.92
	1.14		0.75	0.32	0.68	0.78		0.67	0.75	0.87	1.05	1.11	1.29	0.65			0.88		1.11		1.11	0.80	0.6	0.78	1.27	0.78	0.57	0.45	0.59	0.86	0.70			23.13	
	6		1	6	5	7	0.58	0.92	1	1	3	4	1	1	4		9	0.73		1		4	28	5	7	5	1	9	2	3	0.69	9	0.64		

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula “r de Pearson” en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i)(\sum y_i)}{[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.48	18	0.37
2	0.15	19	0.07
3	0.34	20	0.44
4	0.41	21	-0
5	0.68	22	0.27
6	0.53	23	0.57
7	0.42	24	0.31
8	0.38	25	0.30
9	0.42	26	0.20
10	0.28	27	0.29
11	0.33	28	0.13
12	0.39	29	0.31
13	0.35	30	0.33
14	0.24	31	0.28
15	0.49	32	0.26
16	-0.16	33	0.37
17	0.24	34	-0.19

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems N° 2, 16, 19, 21, 28 y 34 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento Escala Likert se procedió a utilizar la fórmula **alfa – Crombach**:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

$$K = 34$$

$$K - 1 = 33$$

$$S_i^2 = 23.13$$

$$S_t^2 = 85.92$$

Reemplazando en la expresión (1):

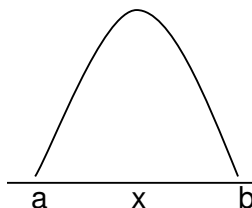
Se obtiene Alfa de Crombach = 0.75

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO I

MEDICION DE LA VARIABLE

Categorización sobre la actitud de los familiares hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar – Huancayo.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 9.26$

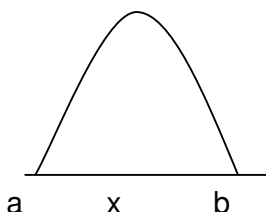
Promedio: $X = \frac{\sum x}{n} = 105.72$

$$a = 105.72 + 0.75 (9.26) = 112.67 = 113$$

$$a = 105.72 - 0.75 (9.26) = 98.77 = 99$$

Desfavorable	< 98
Medianamente favorable	99 A 113
Favorable	> 114

Categorización sobre la actitud de los familiares según **DIMENSIÓN FÍSICA** hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar – Huancayo



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 3.77$

Promedio: $X = \sum x / n = 39.20$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Desfavorable	<35
Medianamente favorable	36 a 42
Favorable	>43

Categorización sobre la actitud de los familiares según **DIMENSIÓN EMOCIONAL** hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar – Huancayo.

Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 3.37$
Promedio: $X = \sum x / n = 22.41$
 $a = x - 0.75 (S)$
 $b = x + 0.75 (S)$

Desfavorable	<19
Medianamente favorable	20 a 25
Favorable	>26

Categorización sobre la actitud de los familiares según **DIMENSIÓN PSICOLÓGICO** hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar – Huancayo.

Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 3.38$
Promedio: $X = \sum x / n = 23.82$
 $a = x - 0.75 (S)$
 $b = x + 0.75 (S)$

Desfavorable	<20
Medianamente favorable	21 a 26
Favorable	>27

Categorización sobre la actitud de los familiares según **DIMENSIÓN ESPIRITUAL** hacia los cuidados al paciente oncológico terminal en el hogar – Huancayo.

Desviación Estándar: $S = \sqrt{s^2_t} = 3.11$
Promedio: $X = \sum x / n = 20.27$
 $a = x - 0.75 (S)$
 $b = x + 0.75 (S)$

Desfavorable	<17
Medianamente favorable	18 a 23
Favorable	>24

ANEXO J

DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL HUANCAYO – PERU 2014

DATOS GENERALES	N	%
SEXO		
MASCULINO	10	34
FEMENINO	19	66
TOTAL	29	100
EDAD		
18 – 30 años	13	45
31 – 45 años	06	20
46 – 60 años	08	28
Mayor de 60 años	02	07
TOTAL	29	100
ESTADO CIVIL		
Soltero	07	24
Casado	17	59
Conviviente	04	14
Otro	01	03
TOTAL	29	100
RELIGION		
Católica	23	79
Evangélica	06	21
TOTAL	29	100
ANTECEDENTES DE FAMILIAR EN FASE TERMINAL		
SI	21	72
NO	08	28
TOTAL	29	100
EXPERIENCIA DE VER MORIR A ALGUN FAMILIAR		
SI	22	76
NO	07	24
TOTAL	29	100

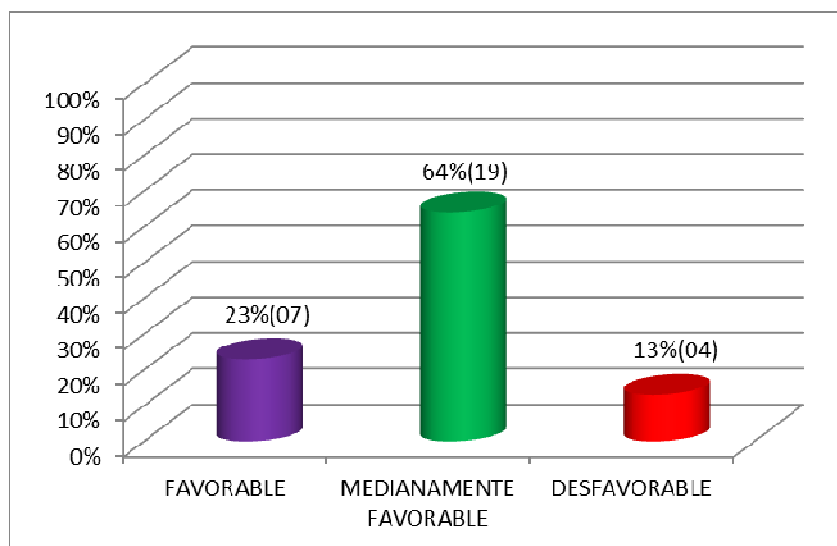
FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

ANEXO K

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR HUANCAYO – PERU 2014

ACTITUD	Nº	%
FAVORABLE	07	23%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	19	64%
DESFAVORABLE	04	13%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014



FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

ANEXO L

ACTITUD DE LOS FAMILIARES POR DIMENSIONES HACIA LOS CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR HUANCAYO – PERU 2014

DIMENSIONES	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FISICA	05	17	19	66	05	17	29	100%
EMOCIONAL	07	24	17	59	05	17	29	100%
PSICOLOGICO	04	14	20	69	05	17	29	100%
ESPIRITUAL	05	17	18	62	06	21	29	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

ANEXO M

**ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION FISICA
AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR
HUANCAYO – PERU
2014**

ITEMS	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Se siente abrumado ante algunos síntomas del paciente	6	21%	10	34%	13	45%	29	100%
2. Deja de lado las necesidades del paciente por estar en fase terminal.	1	3%	10	34%	18	62%	29	100%
3. Cumple las indicaciones y recomendaciones para la atención de mi familiar enfermo.	0	0%	3	10%	26	90%	29	100%
4. Mantiene al paciente oncológico en buen estado de higiene cuantas veces lo requiere.	0	0%	16	55%	13	45%	29	100%
5. Deja a cargo total la atención de su familiar enfermo cuando se encuentra en algún establecimiento de salud.	12	41%	11	38%	6	21%	29	100%
6. Se siente concentrada para atender al paciente.	8	28%	8	28%	13	45%	29	100%
7. Atiende según sus criterios las necesidades del paciente oncológico terminal.	11	38%	17	59%	1	3%	29	100%
8. Deja al paciente oncológico terminal descansar en todo momento por su fase terminal.	23	79%	4	14%	2	7%	29	100%
9. Se involucra en el tratamiento y cuidados del familiar enfermo aun estando en establecimiento de salud.	6	21%	12	41%	11	38%	29	100%
10. Atiende al paciente hasta satisfacer sus necesidades.	2	7%	18	62%	9	31%	29	100%
11. Evita riesgos de caída y daños del familiar enfermo en todo momento.	0	0%	11	38%	18	62%	29	100%
12. Deja de lado la higiene del familiar enfermo por no ser prioritario.	0	0%	18	62%	11	38%	29	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

ANEXO N

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION EMOCIONAL
AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR
HUANCAYO – PERU
2014

ITEMS	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13. Enfrenta el temor a los signos y síntomas del paciente.	11	38%	10	34%	8	28%	29	100%
14. Cree tolerar atender a un paciente terminal ante la ansiedad que genera.	13	45%	8	28%	8	28%	29	100%
15. Siente el deterioro de la comunicación dentro de la familia por el proceso de la enfermedad y su fase.	5	17%	6	21%	18	62%	29	100%
16. Encuentra soporte emocional en una persona de salud, ante la situación de enfermedad de su familiar enfermo.	14	48%	10	34%	5	17%	29	100%
17. Teme atender signos y síntomas del paciente.	18	62%	5	17%	6	21%	29	100%
18. Busca soporte emocional en algún personal de salud que conoce de esta enfermedad.	9	31%	17	59%	3	10%	29	100%
19. Ante la presión y ansiedad que genera la enfermedad llora mucho.	0	0%	18	62%	11	38%	29	100%
20. Propicia la comunicación por ser el único medio de acercamiento familiar.	7	24%	19	66%	3	10%	29	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

ANEXO O

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION PSICOLOGICA
AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR
HUANCAYO – PERU
2014

ITEMS	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
21. Siente que las diligencias administrativas para la atención de su familiar son difíciles de realizar.	6	21%	18	62%	5	17%	29	100%
22. Se siente desorientado ante procedimientos legales administrativos que requiere su familiar enfermo.	12	41%	11	38%	6	21%	29	100%
23. Mantiene la situación financiera dentro de los parámetros normales.	7	24%	6	21%	16	55%	29	100%
24. Siente desconcierto ante los cuidados del familiar en fase terminal.	20	69%	5	17%	4	14%	29	100%
25. Realiza procedimientos administrativos legales para su familiar enfermo.	10	34%	16	55%	3	10%	29	100%
26. Siente que la atención a su familiar enfermo afecta la situación económica de la familia.	2	7%	3	10%	24	83%	29	100%
27. Planifica los cuidados al paciente en tiempo, lugar y espacio.	3	10%	21	72%	5	17%	29	100%
28. Realiza las labores administrativas que necesita su paciente cada vez más rápidas.	11	38%	14	48%	4	14%	29	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014

ANEXO P

ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA LOS CUIDADOS SEGÚN DIMENSION ESPIRITUAL
AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN EL HOGAR
HUANCAYO – PERU
2014

ITEMS	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
29. Mantiene vínculos de afecto con su familiar enfermo en todo momento.	1	3%	8	28%	20	69%	29	100%
30. Duda que el paciente oncológico terminal siente vínculos de afecto con su entorno.	4	14%	14	48%	11	38%	29	100%
31. Mantiene tranquilidad al sentir cerca un episodio de muerte de mi familiar enfermo.	6	21%	10	34%	13	45%	29	100%
32. Reza cada vez que siento la muerte cerca de mi familiar enfermo.	0	0%	10	34%	19	66%	29	100%
33. Siente ira ante la fase terminal de su familiar.	18	62%	10	34%	1	3%	29	100%
34. Busca soporte espiritual para toda su familia incluyendo al enfermo terminal.	4	14%	14	48%	11	38%	29	100%

FUENTE: Instrumento aplicado a familiares del paciente oncológico terminal, Huancayo - 2014