

**ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES PARA EL CUIDADO PALIATIVO
DOMICILIARIO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA EN FASE TERMINAL**

**ALEJANDRA MARIA BEDOYA CARMONA
ADRIANA MILENA BETANCUR VINAZCO
ASTRID LORENA SIERRA CASTAÑO**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA
2005**

**ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES PARA EL CUIDADO PALIATIVO
DOMICILIARIO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA EN FASE TERMINAL**

**ALEJANDRA MARIA BEDOYA CARMONA
ADRIANA MILENA BETANCUR VINAZCO
ASTRID LORENA SIERRA CASTAÑO**

Trabajo presentado como requisito de grado en el programa de Enfermería

**Asesores Temáticos:
MARTHA INES GARCES TORO
LEÓN DARÍO MUÑOS BURGOS**

**Asesora Metodologica:
JULIA INÉS ESCOBAR MONTOYA**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA
2005**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, Febrero 17 de 2005

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su omnisciencia que nos ilumina y nos permite comprender las necesidades humanas y acercarnos a las personas, como verdaderos cuidadores.

A las personas afectadas por el cáncer de mama, que inspiraron la producción de estos mensajes de cuidado, los cuales, esperamos sean útiles para ayudarles a mejorar su calidad de vida.

Al Instituto de Quimioterapia y muy especialmente, al Doctor León Darío Muñoz Burgos a la Gerente, Dra. Gloria María Atehortúa Rada, por su participación, asesoría permanente y valiosos aportes humanos y científicos.

A las Directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre y al grupo de docentes, cuyo apoyo permanente, permitió el logro de los objetivos propuestos.

A la docente Martha Inés Garcés Toro, por su apoyo y entrega permanente en la realización de este trabajo.

A la Facultad de Comunicación Social de la Universidad Católica Popular de Risaralda, por la participación efectiva de la Docente Claudia Betancourt y los aportes realizados por los estudiantes de V Semestre.

A nuestras familias por su amor, comprensión y apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCION	16
1. EL PROBLEMA.....	17
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2. JUSTIFICACION	19
2. OBJETIVO.....	22
2.1. OBJETIVO GENERAL	22
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
3. MARCO TEÓRICO	23
3.1. HISTORIA DEL CUIDADO PALIATIVO.....	23
3.2. CUIDADO PALIATIVO.....	24
3.3. CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO PALIATIVO.....	25
3.3.1. Paliativo activo.....	25
3.3.2. Sintomático paliativo.....	26
3.4. FILOSOFIA DEL CUIDADO PALIATIVO.....	26
3.5. PROPÓSITO DEL CUIDADO PALIATIVO	26
3.6. INEFICIENCIA COMPROBADA DE TRATAMIENTOS	27
3.7. EPIDEMIOLOGÍA DEL CANCER	27
3.7.1. A nivel internacional.....	27
3.7.2. A nivel nacional.....	28
3.7.3. A nivel departamental.....	30
3.8. EL CÁNCER.....	31
3.9. EL CANCER DE MAMA.....	32
3.10. EXÁMENES PARA DETECTAR COMPLICACIONES DEL CÁNCER...38	
3.11. EL COMITÉ CONJUNTO AMERICANO DEL CÁNCER UTILIZA EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM:.....	39
3.11.1. Tratamiento	40
3.11.1.1. Radioterapia	40
3.11.1.1.1. Efectos secundarios	41
3.11.1.1.2. Cuidados especiales con la radioterapia	42
3.11.1.2. Quimioterapia.....	42
3.11.1.2.1. Tipos de quimioterapia:	43
3.11.1.2.2. Fármacos que se utilizan.....	43
3.11.1.2.3. Efectos secundarios	44
3.11.1.3. Terapia hormonal	46
3.11.1.4. Intervención quirúrgica	47
3.12. CUIDADO PARA PACIENTES MASTECTOMIZADAS	48
3.13. LINFEDEMA DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA	49
3.13.1. Sistema linfático	49
3.13.2. Linfedema.....	49
3.13.3. Prevención de la infección.....	51

3.13.4.	Prevencción y control del linfedema.....	51
3.14.	COMPLICACIONES ONCOLOGICAS.....	52
3.14.1.	Mucositis	52
3.14.2.	Neuropatías periféricas	53
3.14.3.	Plexopatías.....	54
3.14.4.	Compresion de la medula espinal.....	55
3.14.5.	Tumores intracraneales	56
3.14.6.	Metástasis óseas	57
3.14.7.	Metástasis cardiaca.....	59
3.14.8.	Fracturas patológicas.....	60
3.14.9.	Dolor 61	
3.14.9.1.	Tipos de dolor oncológico	62
3.14.9.1.1.	Según la duración	62
3.14.9.1.2.	Según la intensidad.....	62
3.14.9.1.3.	Según las características	63
3.14.9.1.3.1.	Nociceptivo	63
3.14.9.1.3.2.	Incidental o desencadenado.....	63
3.14.9.1.4.	Según la etiología.....	64
3.14.9.1.4.1.	Infiltración tumoral directa:	64
3.14.9.2.	Evaluacion del dolor.....	65
3.14.9.3.	Evaluación inicial.....	66
3.14.9.4.	Informe del paciente mismo.....	66
3.14.9.5.	Evaluación de seguimiento.....	67
3.14.10.	Control farmacológico.....	67
3.15.	ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS EN PACIENTES CON CÁNCER EN FASE TERMINAL.....	68
3.15.1.	Primer escalón	68
3.15.2.	Segundo escalón	69
3.15.3.	Tercer escalón	69
3.15.4.	Dosis al inicio del tratamiento con morfina.....	69
3.15.5.	Medicación coadyuvante	70
3.16.	VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.....	71
3.17.	BARRERAS EN EL TRATAMIENTO ADECUADO DEL DOLOR	73
3.17.1.	Falta de conocimientos.....	73
3.17.2.	Regulación	74
3.17.3.	Mitos y conceptos erróneos	74
3.18.	TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR.....	75
3.18.1.	Intervenciones mecánicas no invasivas.....	75
3.18.2.	Intervenciones conductuales	76
3.19.	ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN FASE TERMINAL	77
3.19.1.	Insuficiencia cardiaca congestiva.....	77

3.19.2.	Embolia pulmonar.....	79
3.19.3.	Derrame pleural	80
3.19.4.	Disnea	80
3.19.5.	Tos	81
3.19.6.	Dolor torácico	81
3.19.7.	Neuralgia aguda de trigémino	82
3.19.8.	Náuseas o vomito	82
3.19.9.	Anorexia	83
3.19.10.	Caquexia.....	83
3.19.11.	Anemia	84
3.19.12.	Hipercalcemia	85
3.20.	TRASTORNOS INTESTINALES.....	86
3.20.1.	Incontinencia fecal.....	86
3.20.2.	Estreñimiento	87
3.20.3.	Fecalomas	89
3.20.4.	Incontinencia urinaria.....	90
3.20.5.	Insomnio.....	91
3.21.	ALIMENTACIÓN	92
3.21.1.	Principios generales.....	93
3.21.2.	Consejos dietéticos.....	93
3.21.3.	Alimentación en pacientes encamados	94
3.22.	HIGIENE E IMAGEN CORPORAL.....	94
3.22.1.	Higiene	94
3.22.2.	Baño completo.....	95
3.22.3.	Cuidados con piel	96
3.22.4.	Úlceras por decúbito	96
3.22.5.	Cuidados con boca.....	97
3.22.6.	Cuidados con dentadura postiza.....	98
3.23.	CUIDAR AL QUE CUIDA, SÍNDROME DEL CUIDADOR	98
3.23.1.	El cuidador principal	98
3.23.2.	Problemas y soluciones.....	99
3.23.3.	Consejos al cuidador.....	99
3.23.4.	Que se debe hacer con los propios sentimientos	100
3.23.5.	Las siete actitudes positivas del cuidador	101
3.24.	HABILIDAD DE CUIDADO DE LOS CUIDADORES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA	101
3.25.	EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y SU CAMPO DE ACCIÓN	103
3.26.	CUIDADOS Y RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE TERMINAL	104
3.26.1.	Soporte emocional.....	104
3.26.2.	Soporte familiar.....	105
3.26.3.	Consejería espiritual.....	105
3.26.4.	Asesoría profesional	105

3.26.5.	La familia y el paciente.....	106
3.26.6.	Miedos	107
3.26.7.	Tareas	107
3.26.8.	Necesidades.....	108
3.26.9.	Claudicación emocional.....	108
3.27.	PROCESOS DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD TERMINAL.....	109
3.28.	AGONIA, MUERTE Y DUELO	111
3.28.1.	Agonía y muerte.....	111
3.28.1.1.	Reacciones ante la muerte.....	112
3.28.1.2.	Signos y síntomas del paciente en agonía	112
3.28.1.3.	Signos que expresan los familiares	113
3.28.2.	Duelo	113
3.29.	EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO	114
3.30.	DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL.....	115
3.31.	MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON.....	116
3.31.1.	¿Por qué el modelo de virginia henderson?	116
3.31.2.	Conceptos nucleares.....	118
3.31.3.	Relación entre el modelo de virginia henderson y las etapas del proceso enfermero.....	118
3.31.4.	Validación, organización y registro de datos.....	121
3.31.4.1.	Diagnóstico	123
3.31.4.1.1.	Análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis	123
3.31.4.1.2.	Formulación de problemas.....	125
3.31.4.1.3.	Problemas de autonomía.....	126
3.31.4.1.4.	Problemas de independencia	127
3.31.4.2.	Planificación.....	128
3.31.4.2.1.	Fijación de prioridades	129
3.31.4.2.2.	Formulación de objetivos	129
3.31.4.2.3.	Problemas de autonomía.....	129
3.31.4.2.4.	Problemas de independencia	130
3.31.4.2.5.	Objetivos finales.....	130
3.31.4.3.	Objetivos intermedios	130
3.31.4.4.	Determinación de intervenciones y actividades	131
3.31.4.4.1.	Problemas de autonomía.....	131
3.31.4.4.2.	Problemas de independencia	133
3.31.4.5.	Registro del plan.....	134
3.31.4.6.	Ejecución y evaluación.....	134
3.32.	PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)	134
3.33.	MARCO TEÓRICO EN COMUNICACIÓN	142
3.33.1.	La educomunicación para la salud	142
3.33.1.1.	Educación para la salud.....	142
3.33.1.2.	Comunicación en salud.....	145

3.33.2.	Lo estratégico en la educomunicación para la salud	150
3.33.3.	Hablar de integral en las estrategias educomunicativas para la salud.....	153
3.33.4.	Procedimiento técnico	154
3.33.4.1.	El camino que se propone y sus caminantes.....	154
3.33.5.	Teorías comunicacionales	160
3.33.6.	Teoría estructural funcionalista.....	165
3.33.6.1.	El acto de la comunicación	165
3.33.6.2.	Estructura y función	166
3.33.6.3.	Equivalencias biológicas	166
3.33.6.4.	El caso de la sociedad humana	167
3.33.6.5.	Equivalencias más detalladas	169
3.33.6.6.	Necesidades y valores.....	170
3.33.6.7.	Conflicto social y comunicación	172
3.33.6.8.	Comunicación eficiente.....	173
3.33.6.9.	La investigación en la comunicación.....	175
3.33.6.10.	Masas y públicos	175
3.33.6.11.	Grupos de sentimiento y públicos	176
3.33.6.12.	El principio del conocimiento equivalente	177
3.33.6.13.	Resumen.....	178
4.	MARCO LEGAL Y ETICO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	179
4.1.	LEY 100 DE 1993 Y LA CONTITUCION POLÍTICA	179
4.2.	EL PACIENTE TERMINAL DE CÁNCER Y SUS DERECHOS	180
4.3.	DILEMAS ETICOS EN ENFERMERÍA.....	183
4.3.1.	Consideraciones ético – legales en cuanto a la eutanasia	183
4.3.2.	El problema legal de la eutanasia.....	184
4.3.3.	Sentencia de la corte constitucional sobre la despenalización del homicidio por piedad	186
4.4.	LAS MENTALIDADES ANTE LA MUERTE	186
4.4.1.	Mentalidad ritualizada	187
4.4.2.	Mentalidad “medicalizada”	188
4.4.3.	Mentalidad “autonomizada”	188
4.5.	CONCEPTOS DE LA ÉTICA EN LA PRACTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	189
4.5.1.	Fuentes de la ética profesional de enfermería	189
4.5.2.	Sistema de seguridad social integral.....	190
4.6.	LEY 266 DE ENERO 25 DE 1996	192
4.6.1.	Ambito del ejercicio de la profesión	193
4.6.2.	Definición y propósito	193
4.7.	LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	194
4.8.	LOS DERECHOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	195
4.9.	CÓDIGO DE ÉTICA ENFERMERÍA.....	195
4.10.	DEBERES QUE IMPONE LA ÉTICA PROFESIONAL	198

4.10.1.	Deberes para con la profesión	198
4.10.2.	Deberes en desarrollo permanente	199
4.10.3.	Deberes de seguridad laboral.....	199
4.10.4.	Deberes para con los colegas	200
4.10.5.	Deberes para con los comitentes empleadores y publico en general	200
4.10.6.	Deberes para con los profesionales que se desempeñen en la función publica y los que lo hacen en la actividad privada	201
4.10.7.	Deberes para los que se encuentran en relación jerárquica	201
4.10.8.	Deberes para con su intervención en cursos	201
4.11.	LEY 100 DE 1993.....	202
5.	METODOLOGIA.....	205
5.1.	TIPO DE ESTUDIO	205
5.2.	POBLACION	205
5.3.	FUENTE DE DATOS.....	205
5.4.	ANALISIS DE LOS DATOS	206
6.	RESULTADOS	207
6.1.	GRUPO FOCAL:	207
6.2.	ELABORACION DEL MANUAL	211
6.3.	EVALUACION DEL MANUAL	211
7.	CONCLUSIONES.....	212
8.	RECOMENDACIONES.....	213
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	214
10.	ANEXO A	220

LISTA DE TABLAS

1).	TABLA 1: Organización de la información según categorías del comportamiento actual y comportamiento técnico.....	156
2).	TABLA 2: Análisis De La Información Y Primera Propuesta De Los Comportamientos Por Promover	157
3).	TABLA 3: Beneficios frente a los comportamientos	158
4).	TABLA 4: Obstáculos Que Pueden Afectar La Adopción De La Conducta	159
5).	TABLA 5: Consolidado de las respuestas suministradas por los integrantes del grupo focal.....	207
6).	TABLA 6: Clasificación de las respuestas suministradas por los integrantes del grupo focal en las categorías de análisis.....	210

LISTA DE GRAFICOS

a).	IMAGEN 1: Influencia de la Adopción de un modelo enfermero en las etapas del proceso	119
b).	IMAGEN 2: Organización de los datos de valoración	122
c).	IMAGEN 3: Formulación de los problemas	126
d).	IMAGEN 4: Relación de los beneficios que ayudan a superar los obstáculos.....	160

GLOSARIO

- **AFLICCIÓN ANTICIPADA:** Se refiere a la anticipación de una pérdida futura e incluye muchos de los síntomas y procesos de la aflicción posterior a una pérdida. Puede ser experimentado por la persona que agoniza, así como por sus familiares y amigos.
- **AGONIA:** Es un proceso continuo en el cual el cuerpo y el encéfalo son incapaces de enfrentar la hipoxia, el desequilibrio electrolítico y las toxinas no depuradas del organismo.
- **ATENCIÓN PALIATIVA:** Son los cuidados que profesionales de muchas disciplinas ofrecen a las personas en la fase terminal para mejorar su calidad de vida, reduciendo el dolor u otros síntomas angustiantes. Son cuidados destinados a aliviar el sufrimiento cuando curar ya es imposible.
- **CALIDAD DE VIDA:** Es el estado de bienestar físico, mental y social; no implica ausencia de enfermedad. El objetivo principal es posibilitar al paciente la mejor calidad de vida posible por el mayor tiempo posible: ayudarlo a mantener la capacidad funcional en las áreas físicas, mental y social con un nivel aceptable de síntomas.
- **CANCER:** Neoplasia (crecimiento nuevo) se describe como una masa tisular anormal que se extiende mas allá de las fronteras del tejido sano y por ende no cumple la función normal de las células en dicho tejido. A los crecimientos neoplásicos se les conoce como neoplasias benignas o malignas mientras que entre las malignas capaces de destruir al huésped se cuentan los tumores sólidos y las leucemias. Cáncer es el término común para todas las neoplasias malignas.
- **CÁNCER DE MAMA:** Es un crecimiento anormal de las células de este tejido. El dolor y la fatiga son las complicaciones más debilitantes del cáncer.
- **CUIDADO PALIATIVO:** Consiste en la atención activa, global e integral de las personas y sus familias que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, intensos y cambiantes, que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y en el propio equipo, y con pronóstico de vida limitado.
- **DUELO:** El duelo es una reacción natural desencadenada por la pérdida de un ser querido, Incluye manifestaciones físicas, psicológicas y sociales. La

intensidad y duración es proporcional a la dimensión y significado de la pérdida. En principio, no requiere del uso de psicofármacos para su resolución. No debe privarse a la persona de la oportunidad de experimentar un proceso que puede tener un efecto recompensante y que fomenta la maduración.

- **DOLOR:** Sensación subjetiva causada por estímulos nocivos que indica lesión tisular real o potencial; la interpretación del dolor y la reacción a él son influidos por factores culturales y psicológicos, como valores, creencias, religión, normas y costumbres. Estos factores también ayudan a determinar la importancia y el significado del dolor para cada persona.
- **ENFERMEDAD TERMINAL:** Es aquella en donde la muerte es inminente y predecible a corto o largo plazo a pesar de habersele dado el tratamiento adecuado, suele disponérsele de opciones terapéuticas para frenar el avance de la enfermedad pero la persona no tiene la posibilidad de curarse; este estado de salud sin duda resultará en declinación física y la muerte del afectado.
- **METÁSTASIS:** Es la dispersión de las células malignas de un tumor primario (de mama), hacia sitios distantes a través del sistema circulatorio o el linfático.
- **MORIR DIGNAMENTE:** Toda persona tiene derecho a una asistencia terminal y a morir con dignidad, a informarse de su enfermedad y a no informarse si así lo desea. Nunca debe sentirse olvidado de los cuidados de enfermería.
- **MUERTE:** El concepto de la muerte esta predeterminado y cada vez que se hable de ella, hay que establecer si se esta tratando de comunicar el mismo sentido que se desea se comprenda. En el sentido biológico estricto, es el cese de las funciones vitales del cuerpo humano, es decir, la irreversibilidad del carácter vital del cuerpo en el ser humano. Pero la muerte puede ser vista como la muerte psíquica, la social y aún mas la espiritual. El hombre es holístico (el y su medio con el cual interactúa continuamente) y en esta forma hay que considerar el abordaje del adulto mayor moribundo, o sea, él, su familia, amigos, vecinos, cuidadores y el equipo de salud a cargo de su cuidado. Pero al hablar y tomar decisiones sobre la muerte, simplemente estamos comunicando sucesos de la vida misma.
- **QUIMIOTERAPIA:** Consiste en la administración de medicamentos por vía oral o intravenosa que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición de un tumor en otras partes del cuerpo.

- **RADIOTERAPIA:** Es el empleo de rayos de alta energía para destruir o disminuir el número de células cancerosas, no es doloroso y se concentra en la zona afectada.
- **SUFRIMIENTO:** Experiencia física o mental desagradable para la persona (Por ejemplo: Desgracia, agonía, ansiedad, tormento, aflicción). El sufrimiento es el más global que el dolor porque no solo incluye la esfera física sino que puede ser espiritual, emocional o social; además, puede aparecer sin que exista dolor.

INTRODUCCION

El cáncer de mama es un problema que ha venido incrementándose en los últimos años en muchos países y particularmente en el departamento de Risaralda.

Por ser esta una enfermedad que causa una alta mortalidad se hace necesario considerar, desde el punto de vista de enfermería los cuidados que deben brindarse en su etapa Terminal.

En el presente trabajo se elaborara un manual de cuidado paliativo fundamentado científicamente en la teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson para el cuidado del paciente con Cáncer de Mama en fase terminal; para esto se hizo necesario realizar una revisión bibliográfica del Cáncer de mama y todos los aspectos relacionados con esta patología.

Este manual se elaboro teniendo en cuenta que en los datos epidemiológicos se observa una falencia en cuanto al diagnostico precoz de esta patología, pues se esta detectando en estadios tardíos causando mayores ingresos hospitalarios y mortalidad. Además existe carencia de una herramienta que permita participar a la familia y el paciente activamente en su bienestar físico, emocional y espiritual durante la fase terminal de su enfermedad.

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todo ser humano necesita recibir cuidados esenciales a lo largo de su vida, mas aún cuando padece de una enfermedad en estado terminal como en el caso de los pacientes con cáncer de mama; porque si bien, estos pacientes en esta fase muy probablemente van a morir, se puede contribuir a mejorar su calidad de vida; es por esto que se hace necesario brindar un cuidado paliativo entendido este como una atención integral al paciente o la asistencia que se le brinda para eliminar o disminuir su sufrimiento, considerando las diferentes dimensiones tanto física, psicológica y espiritual como su entorno familiar y social; Sin embargo, la realidad es que estos cuidados tienden a mecanizarse pues actualmente se basan mas en el manejo del dolor a través de la administración de medicamentos que buscan reducirlo, olvidando el apoyo general que debe brindarse al paciente y a su familia.

En los últimos años el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte tanto en la región de las Americas como en el mundo entero, las enfermedades crónicas como el cáncer, están comúnmente relacionadas con las sociedades ricas o países industrializados, pero predominan ya en todos los países de ingresos medianos y altos. La epidemia de enfermedades no trasmisibles se extiende con rapidez y provoca ya alrededor del 60% de la mortalidad mundial.

En Latinoamérica y el Caribe, las enfermedades crónicas como el cáncer han adquirido una importancia creciente como causa de incapacidad y muerte, asociado con los cambios sociales y económicos ocurridos en estos países a lo largo de los años.

En Colombia durante el año 2003, el tumor maligno de la mama ocupó el cuarto lugar con 1512 defunciones en una población de 42. 135.401 habitantes y el tercer lugar entre las mujeres con una tasa de 7.08 muertes x 100.000 mujeres.

El último informe epidemiológico del Ministerio de Protección Social y del Instituto Nacional de Salud muestra como Risaralda ocupa el segundo lugar en el país en cuanto a las tasas de mortalidad por cáncer de mama¹.

¹ Revista Colombiana de Cancerología. Publicaciones Científicas del Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 5 # 2. Agosto de 2001. Pagina 169.

En el municipio de Pereira el cáncer de mama es una enfermedad de alta frecuencia; al revisar el comportamiento de las causas de mortalidad se puede apreciar que el primer lugar es ocupado por tumores malignos; seguido de la violencia y el infarto agudo del miocardio, los cuales han permanecido inmodificables con ligera variación en sus tasas en los últimos 3 años así: en el 2001 se registraron un total de 430 muertos por cáncer, con una marcada ascendencia a partir de 1998 que paso de 85.7 muertes por 100 mil habitantes a 90.0 por 100 mil habitantes.

Así mismo las estadísticas revelan que en los últimos 3 años la tasa de mortalidad por cáncer ha sido superior en mujeres y se ha convertido en la primera causa de muerte en este grupo¹.

En cuanto a los tipos de cáncer de mayor mortalidad se encuentra que en el año 2001 el cáncer de mama ocupó el quinto lugar entre las mujeres con un porcentaje de 87% entre todos los tumores malignos que afectan a este grupo.

Informes mas recientes aún no publicados por la oficina de epidemiología del instituto municipal de salud de Pereira indican que el cáncer de mama ha alcanzado el segundo lugar en mortalidad entre las mujeres.

Estas cifras muestran la magnitud del problema de cáncer donde las mujeres son las más propensas a tener este problema a nivel nacional y en el municipio de Pereira.

Las estadísticas indican que el cáncer de mama es la principal causa de mortalidad en nuestro medio, se observa una falencia en cuanto al diagnostico precoz de esta patología, pues se esta detectando en estadios tardíos causando mayores ingresos hospitalarios. Las recomendaciones del Ministerio de protección social según las ultimas estadísticas sobre cáncer, son implementar programas de disponibilidad de acceso para toda la población con énfasis en las mujeres de bajos recursos, a los servicios de detección temprana y de información para reducir las altas tasas de cáncer y su mortalidad. Algunos elementos críticos para el éxito de estos programar incluye la educación del publico y de los proveedores de los servicios, el aseguramiento de la calidad de las pruebas de detección temprana y la evaluación de los programas.

En el presente trabajo se pretende elaborar unas estrategias comunicacionales para las familias de pacientes con cáncer de mama en fase terminal basado en las necesidades básicas que establece Virginia Henderson; que les permita asumir el

¹ Escobar, J1. Morbimortalidad en Pereira 2000. En Revista Epidemiológica de Pereira. Vol. (4)(1). Junio 2001. 44 – 54.

cuidado del paciente en esta etapa para posteriormente evaluar los resultados en términos de mejoramiento de la calidad de vida y muerte del paciente y en el bienestar de su familia.

Con estos instrumentos comunicacionales se proporciona una herramienta a las familias para el adecuado manejo del paciente con cáncer de mama en fase terminal mejorando su calidad de vida y de muerte, ya que esta última es vista como sinónimo de sufrimiento y agonía, mas aun cuando se padece de una enfermedad crónica y degenerativa como lo es esta patología donde la muerte es inminente convirtiéndose en una necesidad el morir dignamente en compañía de seres queridos.

El conocimiento generado a través de esta investigación permitirá tomar las decisiones frente a la adopción de modelos educativos acerca del cuidado paliativo que realmente beneficien a los pacientes¹.

1.2. JUSTIFICACION

Colombia cuenta con 45 millones de habitantes, de los cuales el 60% corresponden a los estratos I y II y de estos solo el 40% están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Pereira es un municipio que cuenta con una población para el año 2003 de 488.839 habitantes; particularmente en esta ciudad la proporción de afiliados al sistema general de seguridad social en salud es del 60% esto hace que el cáncer sea diagnosticado en estadios avanzados de la enfermedad y los pacientes no reciban el tratamiento oportuno y adecuado.

De otro lado el país se encuentra en etapa de transición epidemiológica donde las enfermedades crónicas y degenerativas van en aumento ya que se ha prolongado la esperanza de vida; esto hace que cada vez sea mas requerido el cuidado que brinda el profesional de enfermería, haciendo énfasis en los adultos mayores que por su condición requieren de cuidados especiales debido a las enfermedades propias de esta etapa de la vida, incluido el cáncer.

Referente a los datos de mortalidad en Pereira, en el 2.001 se registraron un total de 430 muertes por cáncer en Pereira, siendo éste la primera causa de mortalidad

¹ Escobar, J1. Perfil Epidemiológico del Municipio de Pereira 2002. En Revista Epidemiológica de Pereira. Vol. (6)(1). Enero – Junio 2003. 20 – 34.

en los últimos cuatro años con una tasa ascendente a partir de 1998, que pasó de 85.7 muertes x 100.000 habitantes en ese año a 90.0 x 100.000 en el 2.001.

En los últimos tres años, la tasa de mortalidad por cáncer ha sido superior en mujeres y se ha constituido como la primera causa de muerte en este grupo, en los hombres, la mortalidad por tumores malignos ha sido desplazada a un segundo lugar por la violencia.

El Departamento de Risaralda no es ajeno a la situación nacional por la morbimortalidad por Cáncer; en 1990 se crea ECOS: Equipos comunitarios Oncológicos en salud, en este periodo se presto el cuidado paliativo a 768 pacientes, en forma domiciliaria, con un grupo de personas con características de lideres del cuidado paliativo denominados todos cuidadores. Todos los pacientes padecían de cáncer en estadios avanzadas (Estadio II y IV). En el periodo inicial a toda la población se ubico en programa de calidad de vida, tratando de conservar cinco funciones vitales primarias: dormir, comer, defecar, miccionar y copular. Cuando en la población se perdía la calidad de vida, se pasaba por la calidad de muerte, buscando eliminar el sufrimiento físico y el sufrimiento no físico. El resultado de estos 768 pacientes se observo así: En la calidad de vida un 78% fue excelente y buena un 13%, en cuanto a la Calidad de muerte control del sufrimiento físico un 45% tuvo una calificación de excelente y un 32% buena, referente al control de sufrimiento no físico ningún paciente califico como excelente solo un 6% fue calificado como bueno y mas de la mitad de los pacientes tuvieron un control de este sufrimiento **catalogado como malo**.

Por tal motivo se realizo un rotafolio educativo para las familias; sin embargo se detecto que se necesitan otras estrategias comunicacionales para explicar a la familia los cuidados que se deben tener con el paciente de cáncer en estado terminal.

Esta enfermedad por su carácter, generalmente causa sufrimiento, lo que hace necesario que la enfermera adquiera un amplio conocimiento sobre el cuidado paliativo buscando aportarle a las familias de los pacientes con cáncer de mama en fase terminal, pautas para lograr una mejor calidad de vida y de muerte.

A pesar de lo anterior no siempre es posible que un profesional de enfermería brinde el cuidado paliativo en el ámbito familiar (domiciliario) dado los elevados costos de la atención; esto hace que sea necesario que las familias de pacientes con Cáncer de mama cuenten con un conocimiento adecuado sobre los cuidados que deben prestarse al paciente en fase terminal basado en las necesidades establecidas por Virginia Henderson; considerando que en la actualidad no se

cuenta con un manual educativo a nivel local, que oriente a las familias sobre el adecuado cuidado que deben dar a sus parientes afectados¹.

¹ Escobar, J1. Perfil Epidemiológico del Municipio de Pereira 2002. En Revista Epidemiológica de Pereira. Vol. (6)(1). Enero – Junio 2003. 20 – 34.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia comunicacional fundamentada científicamente y elaborar un material educativo para ser aplicado por los cuidadores de las pacientes con cáncer de mama en estado terminal.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Determinar mediante la técnica de grupos focales los conocimientos, comportamientos, sentimientos y preferencias comunicacionales de los cuidadores de los pacientes con cáncer de mama en estado terminal.**
- **Diseñar y producir un material educativo para los cuidadores de los pacientes con cáncer de mama en estado terminal.**
- **Validar el material educativo en las familias de los pacientes con cáncer de mama en estado terminal.**

3. MARCO TEÓRICO

3.1. HISTORIA DEL CUIDADO PALIATIVO

La historia del cuidado paliativo inicia en los hospicios más antiguos del siglo IV, estas instituciones caritativas ofrecieron hospedaje y ayuda a los viajeros necesitados, a los pobres y a los enfermos.

Con la disolución de los monasterios desaparece el término hospicio y surgen los hospitales, inicialmente fundados también con miras caritativas y religiosas.

En el siglo XIX surgen diferentes iniciativas para cuidar con amor y compasión a los enfermos moribundos.

En 1842 Jeanne Garnier, una viuda católica funda los calvarios u hospicios en Francia para aquellos que morían de cáncer, en este entonces el cuidado no daba mayor importancia al control del dolor y otros síntomas, su meta era ofrecer hospitalidad, cuidados básicos y ayuda espiritual al paciente terminal, hasta 1952 donde se desarrollan conceptos y técnicas para el control del dolor y para el cuidado total del paciente terminal.

En EE.UU. se formó el primer hospicio como tal, en junio de 1980 con 44 camas y haciendo énfasis en el cuidado domiciliario y la atención de enfermería; luego se extiende la cobertura de servicios a los pacientes en sus hogares; con este modelo se han desarrollado cientos de centros de atención para pacientes terminales.

Otra modalidad que existe actualmente es la de establecer equipos multidisciplinarios de consulta para la atención de pacientes terminales o a través de visitas del equipo a pacientes que se encuentren en el hospital.

El servicio del cuidado paliativo ilustra un nuevo tipo de servicios que ofrece otros programas interdisciplinarios de cuidado integral es a través de los sistemas de interconsulta.

También hace un servicio de atención domiciliaria manejado básicamente por enfermeras y de una sección para seguimiento en el duelo¹.

¹ Guerra M. Dasnino J. (Sitio de Internet) Disponible en www.ocenf.org/enfermería. Acceso 8 Mayo de 2002.

La fundación Omega de Bogotá – Colombia funciona con un esquema de atención a los pacientes dentro de su comunidad mediante el establecimiento desde 1987 de un equipo interdisciplinario de atención domiciliaria diaria atendiendo biosicosocialmente al paciente y las necesidades emocionales de su familia.

Este cuidado se ha ido perfilando y perfeccionando en desacuerdo con las disponibilidades de nuestro medio y las necesidades particulares de los enfermos y sus familias.

Existe una amplia variedad de modelos de atención paliativa lo cual facilita el establecimiento en cada comunidad, institución o ciudad¹.

3.2. CUIDADO PALIATIVO

El Cuidado Paliativo es un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas en estado terminal, que morirán en mediano o corto plazo, donde se substituye la cantidad por la calidad de vida, por medio de la prevención y el control del sufrimiento, con la identificación precoz, la evaluación y tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y existenciales; la familia se incluye dentro de este modelo de cuidado.

El cuidado paliativo:

- Proporciona el control del dolor y otros síntomas.
- Afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal.
- No intenta adelantar ni retrasar la muerte.
- Integra los aspectos psicológicos y existenciales de la asistencia del paciente.
- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como posible hasta la muerte.
- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia en su adaptación durante la enfermedad del paciente y el período de duelo.
- Utiliza el trabajo en equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias, inclusive durante el duelo.
- Aumenta la calidad de la vida, y también puede influir positivamente el curso de la enfermedad.

¹ Barbosa M. Bejarano P. (Sitio de Internet) Disponible en www.gobcan.es/control . Acceso 8 Mayo 2002.

- Es aplicable precozmente en el curso de la enfermedad, combinado con otros tratamientos que intentan prolongar la vida, como químico o radioterapia.

Problemas físicos, psico-sociales y existenciales. El sufrimiento es multifactorial, y un paciente con enfermedad incurable avanzada y progresiva tiene todos sus componentes: físicos (dolor, vómitos, disnea), sociales (falta de recursos económicos, burocracia del sistema sanitario), psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos cognitivos) y existenciales (ansiedad por la enfermedad, remordimientos, falta de esperanza, vida conflictiva).

Es importante el control de los síntomas físicos y no físicos: un tratamiento es incompleto e ineficaz si se asiste en una sola dimensión. Los síntomas físicos capturan la atención del observador, y son los más fáciles de tratar. Una vez controlados, los pacientes comienzan a manifestar los componentes no físicos del sufrimiento, que son más difíciles de resolver.

El inicio del cuidado paliativo implica decisiones difíciles, ya que a veces para los familiares y el paciente no está claro hasta cuándo es realmente beneficioso seguir un tratamiento curativo, con todo el dolor y costos económicos que puede significar en comparación con la mejoría que se puede obtener¹.

3.3. CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO PALIATIVO

3.3.1. Paliativo activo

En esta fase la enfermedad se considera incurable, pero es posible lograr supervivencia con remisión, incluso por largos períodos. El objetivo del cuidado paliativo es prevenir las complicaciones asociadas con la evolución de la enfermedad, al mismo tiempo que se educa al paciente y su familia en cuanto a aceptar tratamientos de carácter no curativo.

Se deben realizar las siguientes actividades:

- Control de los síntomas asociados con la evolución de la enfermedad.
- Detección y manejo de complicaciones inherentes a la evolución de la enfermedad, o las secuelas debidas a sus tratamientos.

¹ (Sitio de Internet) Disponible en www.alemana.l/noti/not/not0312121.html . Acceso 2 Diciembre de 2004.

- Programas de capacitación para pacientes y sus familias, destinados a garantizar éxito en el tratamiento ambulatorio.

3.3.2. Sintomático paliativo

Aunque no es siempre evidente, se debe considerar el comienzo de esta fase cuando no son posibles los tratamientos oncológicos (Quimioterapia, Radioterapia o Cirugía).

Las actividades que se realizan en el cuidado paliativo tiene como objetivo principal de permitir la adaptación diaria al proceso de la enfermedad y mantener la calidad de vida. Es en esta fase cuando el soporte psicológico resulta valioso para ayudar a que se acepte una evolución tendiente al deterioro y no a la mejoría.

Recibir un cuidado paliativo competente y humanitario, no es un privilegio, sino más bien un derecho de todo enfermo terminal

3.4. FILOSOFIA DEL CUIDADO PALIATIVO

Para ofrecer servicios de salud a personas que padecen cáncer en fase terminal, donde se les proporciona cuidado paliativo, es indispensable contar con una fuerte base ética que le permita al profesional encargado de dicho cuidado realizarlo de forma humanizada; para lo cual se requiere además tener un amplio conocimiento tanto oncológico como sanitario, así como experiencia para la aplicación de las medidas terapéuticas y otras actividades que conlleven a tomar decisiones adecuadas que favorezcan la calidad de vida y / o de muerte del paciente.

3.5. PROPÓSITO DEL CUIDADO PALIATIVO

Su propósito principal es cuidar y no cuidar al paciente en fase terminal, debido a que las probabilidades de supervivencia de este ya no existen tratando de conseguir la mejor calidad de vida y de muerte del paciente, limitando los síntomas en lugar de limitar la causa, de esta forma se atiende al paciente y no a la enfermedad. El cuidado paliativo no solo esta encaminado a brindar un tratamiento específico o un cuidado especializado al paciente en fase terminal; dicho cuidado

también se le debe ser dar a su familia, brindándoles apoyo y concientizándolos para que vean la muerte como un proceso natural, ya que esta es vista como un tabú.

Los profesionales que ofrezcan este cuidado deben tener conocimientos que no solo abarquen la parte medica, sino también los aspectos políticos y morales.

3.6. INEFICIENCIA COMPROBADA DE TRATAMIENTOS

Actualmente se diagnostica el cáncer en fases avanzadas; esto no significa que los pacientes se encuentren realmente en fase terminal, es por esto que se hace necesario agotar todas las posibilidades de tratamiento que existe para mejorar la situación del paciente; el hecho de tomar decisiones de realizar tratamientos como quimioterapia, radioterapia, tratamientos quirúrgicos u hormonales, tampoco significa que el paciente se encuentre en fase terminal, esta información debe conocerla tanto el paciente como su familia, debido a la afectación emocional que se presentaría al conocer la fase de diagnostico y el tratamiento requerido.

Cuando en realidad el paciente se encuentra en fase terminal donde no existe posibilidad de curarse, el tratamiento adecuado debe ser brindado casi exclusivamente por sus seres queridos, el cual consiste en ofrecer confort en todo sentido, es decir alivio, consuelo y serenidad, tratando al máximo que el paciente se mantenga en un nivel optimo de comodidad tanto física como emocional

3.7. EPIDEMIOLOGÍA DEL CANCER

3.7.1. A nivel internacional

La incidencia mundial relacionado con el cáncer, en los últimos años se diagnostico en los Estados Unidos mas de 1.359.25 casos nuevos de cáncer, observándose una mayor incidencia en los hombres que en las mujeres.

La incidencia global es mayor en los hawaianos y menos en los americanos nativos, principales lugares donde se presenta cáncer de próstata, pulmón y colon, y en las mujeres se presentan los de mama, pulmón y colon. La incidencia de melanoma ha aumentado 100% en los últimos 50 años.

La mortalidad mundial relacionada con el cáncer en los últimos años se produjeron en los Estados Unidos mas de 554740 muertes, donde el cáncer de pulmón ocasiona el 32% en las muertes en los hombres y el 25% en las mujeres aumentándose el riesgo de muerte en las personas que fuman. Las principales causas de muerte en los hombres son el cáncer de pulmón, próstata, colon y las leucemias; en las mujeres son el cáncer de mama, pulmonar, colon, páncreas y ovarios.

En todas las edades el cáncer es la segunda causa mas común de muerte después de las enfermedades cardiacas.

La supervivencia depende del grado de la enfermedad en el momento del diagnostico¹.

3.7.2. A nivel nacional

La Sociedad Colombiana atraviesa por una época de grandes transformaciones sociales, las cuales condicionan la situación de salud, afectando la magnitud y la distribución de las causas de enfermedad. Para hablar de cáncer no podemos desconocer esta situación, que en salud se conoce como la transición de la salud.

Este fenómeno se presenta como el efecto combinado de la transición demográfica y de la transición epidemiológica, domina el panorama de la salud en Colombia y obedece a cambios que se han sucedido en la últimas décadas. Algunos de estos cambios han sido: Urbanización, disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, disminución de la fecundidad, envejecimiento de la población, surgimiento de las enfermedades no transmisibles y crónicas, industrialización, expansión de la educación, mejoramiento de la tecnología médica, recesión económica y aumento de la inequidad y persistencia o resurgimiento de enfermedades transmisibles.

Estos factores están íntimamente relacionados con patrones culturales que harán aumentar el problema del cáncer en el país: inicio temprano de la actividad sexual, aumento del número de compañeros sexuales y retardo en la maternidad, que perpetuarán un tipo de cáncer (Cervix) y evidenciarán otros (Mama). Factores relacionados con la dieta tales como: industrialización del campo, disminución de la oferta de alimentos variados, mayor consumo de grasas, lo cual aumentará unos tipos de cáncer más ligados al mundo occidental (Colon, endometrio, mama,

¹ Otto E. Shirly. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

próstata, etc.), sin disminuir otros propios del subdesarrollo (Cuello uterino). La adicción al cigarrillo esta disminuyendo en la población general, pero concentrándose en los ya fumadores, lo cual conllevará al aumento de las tasas de cáncer asociadas al tabaco.

Otros estilos de vida han suplantado culturas propias sumándole de esta manera, a los ya conocidos problemas del subdesarrollo, los problemas del mundo industrializado. Sin embargo, en el caso de cáncer, las principales localizaciones que afectan a los colombianos parecen también ligadas al desarrollo; el cáncer de cuello uterino no ha disminuido, pero en la medida en que la población de mujeres acceda a la citología, disminuirá su potencial de muerte al desaparecer las formas invasoras. Existen otros factores relacionados con el riesgo de cáncer, entre ellos el uso de drogas y hormonas sexuales exógenas. El 57% de las mujeres en edad fértil (15-49 años) han usado alguna vez métodos anticonceptivos, siendo los anticonceptivos orales (A.O) el método más extendido, con un 34.9% y las inyecciones 9.6% . Actualmente el 8.4% de estas mujeres usan A.O y el 1.4% usan estrógenos inyectados. El uso de compuestos hormonales sexuales femeninos podrían aumentar en el futuro, pues es la tendencia que se muestra en las diferentes encuestas de uso de métodos anticonceptivos.

La incidencia de cáncer en mujeres, el riesgo de desarrollarlo, en Colombia se ha mantenido en constante aumento en las últimas décadas, pasando de 149.3 x 100.000 en 1962 a 182.9 x 100.000 en 1986.

Según el Registro Poblacional de Cali, durante un año podrían aparecer 32.900 casos nuevos de cáncer en mujeres; el 23.9% de las mujeres podría desarrollar un cáncer con la actual esperanza de vida.

Para el cáncer ginecológico, la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino es el 5%, probabilidad que aumenta el doble si esta mujer es pobre, mal nutrida, fuma y no tiene acceso a los servicios de salud para una citología vaginal. En lo relacionado con cáncer de glándula mamaria, el cual ha venido aumentando en los últimos años, 1 de cada 25 mujeres lo puede desarrollar durante el transcurso de la vida. Para el cáncer de ovario, la probabilidad de desarrollar es del 1% durante la vida.

El riesgo de morir por cáncer depende de dos factores, la aparición de nuevos casos y la oportunidad de detección temprana de la enfermedad, así como la agresividad del tumor. En Colombia mueren anualmente más de 25.000 personas por cáncer, casi igual número en hombres y mujeres. La mayoría de los casos se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad.

Según datos del INC-DANE para 1995 podrían morir 13.000 mujeres por cáncer, de las cuales 2.300 son por cáncer de estómago, 2.200 por cáncer de cuello uterino, 1.200 por cáncer de mama y 1.000 por cáncer de ovario.

Los estudios epidemiológicos han revelado que el reemplazo estrogénico está asociado con un mayor riesgo para cáncer de endometrio. El uso de esta terapia posterior al inicio de la menopausia tiene aún mucha controversia; esto es especialmente cierto para aquellas mujeres que tienen un perfil de riesgo elevado para cáncer mamario, pero también lo es que este tipo de terapia protege a la mujer menopausia de enfermar o morir de enfermedad cardiovascular y osteoporosis, disminuye los síntomas vasomotores y genitourinarios. Sin embargo aún es incierto si estos beneficios son mayores que el riesgo de cáncer mamario y de endometrio.

El uso de AO combinados está asociado con tumores benignos y malignos de hígado; pero protege para cánceres de ovario y endometrio. Es discutido su papel en la etiología de cáncer mamario. Los hallazgos que asocian cáncer de endometrio y el uso de AO secuenciales, aún está siendo verificado.

La valoración del riesgo de cáncer ginecológico por el uso de hormonas sexuales femeninas no es fácil, debido a que los estudios no han llegado a conclusiones definitivas. Además, es necesario establecer en nuestra población el peso que tienen otros factores de riesgo en la génesis de cáncer ginecológico para establecer el riesgo atribuible de la terapia de reemplazo y las hormonas sexuales femeninas exógenos tienen en estos tipos de cáncer¹.

3.7.3. A nivel departamental

Pereira se encuentra ante un aumento sostenido de la población vieja con un paralelo incremento de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, hecho que se advierte en el ascenso del peso porcentual de las muertes por tumores malignos desde un 15.2% en 1998 a 17.6% en el 2.001.

Este panorama alerta sobre la necesidad de acciones contundentes en la prevención y atención de tumores malignos, siendo necesario disponer de una información actualizada, entre la cual se cuenta la mortalidad, como un indicador representativo del problema del cáncer.

¹ Revista Colombiana de Cancerología. Publicaciones Científicas del Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 5 # 2. Agosto de 2001. Pagina 169.

Referente a la localización, los tumores malignos que causan una mayor mortalidad en el municipio son: bronquio y pulmón, estómago e hígado, presentándose la misma secuencia en los hombres. En las mujeres aparecen en su orden hígado, cérvix, y pulmón. Las relaciones de sobre mortalidad que indican un mayor problema en los hombres son: laringe, páncreas, bronquio y pulmón.

Existe una tendencia al aumento en la tasa de mortalidad por cáncer en el municipio de Pereira lo cual concuerda con lo esperado según los pronósticos de la transición demográfica y epidemiológica para el país.

Así, el cáncer se convierte en una patología prioritaria para trazar políticas de salud pública principalmente en materia de promoción y prevención, sin descuidar las intervenciones en el orden de atención y tratamiento de los pacientes¹.

3.8. EL CÁNCER

El cáncer surge cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen con más rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células normales de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones.

Debido a que las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose, son diferentes de las células normales. En lugar de morir, viven más tiempo que las células normales y continúan formando nuevas células anormales.

Las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ADN. En las células cancerosas el ADN no se repara, Las personas pueden heredarlo, siendo el responsable de los tipos de cáncer hereditarios. Sin embargo, en muchas ocasiones el ADN de las personas se daña como consecuencia de alguna exposición ambiental.

¹ Escobar, J1. Perfil Epidemiológico del Municipio de Pereira 2002. En Revista Epidemiológica de Pereira. Vol. (6)(1). Enero – Junio 2003. 20 – 34.

El cáncer usualmente asume forma de tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, no forman tumores, sino que estas células cancerosas afectan la sangre y los órganos que producen la sangre (la médula ósea, el sistema linfático y el bazo) y circulan a través de otros tejidos en los que se pueden acumular.

Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, llamado metástasis, ocurre a medida que las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de su cuerpo. Cuando las células de un tumor como el del cáncer del seno se propagan a otro órgano como el hígado, el cáncer continúa llamándose cáncer del seno, y no cáncer del hígado¹.

3.9. EL CANCER DE MAMA

Para abordar el tema de cáncer de mama es imprescindible realizar un breve análisis sobre anatomía y fisiología de la mama:

Las mamas están constituida por un tejido glandular, fibroso y adiposo; se encuentran ubicadas entre la segunda y sexta costilla, el esternón y la línea axilar media; la innervación proviene de la tercera y cuarta rama del plexo cervical que van a la parte superior de la mama y de los nervios intercostales torácicos que inervan la región inferior de la misma. El riego principal lo proporciona la arteria mamaria interna.

- El tejido glandular esta dividida en 12 a 20 lóbulos, estos se dividen en lobulillos más pequeños, compuestos de 10 a 100 acinos cada uno (glándulas productora de leche).

Los lobulillos desembocan en un sistema de conductos colectores, que se unen para formar un conducto colector terminal único. Cada conducto colector desemboca en la superficie del pezón.

La mayor cantidad de tejido glandular se localiza en el cuadrante superoexterno de la mama.

- Tejido fibroso, es una capa de tejido conjuntivo bojo la piel que sostiene la mama, los ligamentos de cooper son bandas fibrosas que fijan el tejido

¹ Luckmann Saunders. Cuidados de Enfermería. Vol. I y II. Interamericana McGraw – Hill.

subcutáneo a la fascia muscular profunda. Unen laxamente la mama a la pared del tórax. El tejido glandular esta rodeado de grasa.

- Drenaje torácico, este se dirige sobretodo a la axila. En el pliegue axilar anterior se localizan los ganglios pectorales. Los ganglios subescapulares están situados a lo largo del borde externo de la escápala. En la parte superior del humero se encuentran los ganglios externos.

El sistema linfático está formado por conductos que contienen y conducen la linfa, es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento celular anormal que invade el tejido circundante, suele producir metástasis, tiende a recurrir luego de los intentos de extirpación y causa l muerte a menos que se trate de manera adecuada.

- **Factores De Riesgo:** Hay que tener en cuenta que aquellas mujeres que tengan mayores probabilidades de padecer cáncer de mama (por tener más factores de riesgo) pueden tomar medidas preventivas que reduzcan esa probabilidad como revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida.

El cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor.

Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (Mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2.

Según algunos estudios realizados parece que entre el 50% y el 60% de mujeres, que han heredado estos genes mutados, pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años. Pero estas cifras no son completamente fiables pues han aparecido otros estudios que ponen en duda esas cifras.

Cuando un pariente de primer grado ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Mientras que si es un pariente más lejano sólo aumenta el riesgo ligeramente.

Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado.

Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama.

El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno, en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama, es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

Cuanto antes se comienza con la menstruación, mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecerlo si se compara con aquellas que comenzaron más tarde.

Lo mismo ocurre con la menopausia, la mujeres con una menopausia tardía tienen mayor riesgo.

El embarazo después de los 30 años, tener la menarquia a una edad muy temprana o la retirada menstrual demasiado tarde, son situaciones que también aumentan el riesgo

Los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama.

La terapia de reposición estrógenica que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, pero esto no es seguro.

El consumo de alcohol o el exceso de peso durante años están claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama.

Se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2. En la actualidad, cualquier mujer cuya madre o hermanas estén afectadas por la enfermedad puede solicitar consejo genético, es decir, una valoración médica especializada que determine el riesgo que tiene de llegar a padecer la enfermedad.

- **Síntomas:** En los estadios iniciales del cáncer de mama, la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer, aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar, sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un nódulo que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada. En las primeras fases, el nódulo se puede desplazar con los dedos.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico.

En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El tumor suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilares pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros signos que pueden aparecer son: Dolor o retracción del pezón, irritación o , hendiduras de la piel, inflamación de una parte del seno, enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón, secreción por el pezón, que no sea leche materna.

- **Diagnóstico:** Para el diagnóstico del cáncer de mama se han establecido variados medios diagnósticos como:
 - **Exploración de la mama:** En las revisiones ginecológicas, el médico comprueba que no exista ninguna irregularidad en las mamas, también que no haya ninguna inflamación de los ganglios linfáticos axilares. La autoexploración debe ser realizada después de la menstruación; y las mujeres menopausias deben realizarlo una vez al mes.
 - **Mamografía:** Es una exploración que utiliza los rayos X de baja potencia para localizar zonas anormales en la mama. Esta técnica consiste en colocar la mama entre dos placas y presionarla durante unos segundos mientras se realizan las radiografías. Es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama en sus primeras fases.

- **Biopsia tras la mamografía:** Para confirmar el diagnóstico, en los casos positivos.
- **Ecografía:** Se emplean ultrasonidos que son convertidos en imágenes. Su utilidad se encuentra en que con ella se pueden diferenciar los tumores formados por líquido (quistes) de las masas sólidas.
- **Resonancia magnética nuclear:** Esta técnica emplea los campos magnéticos y los espectros emitidos por el fósforo en los tejidos corporales y los convierte en imagen. Con ella se puede observar la vascularización del tumor.
- **La tomografía por emisión de positrones:** Consiste en inyectar un radio fármaco combinado con glucosa que será captado por las células cancerosas. El radio fármaco hará que se localicen las zonas donde se encuentre el tumor.
- **Biopsia:** Una vez detectado el tumor mediante una o varias de las técnicas mencionadas, se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico.
- **Hay varios tipos de biopsias según la técnica que se emplee:**
 - **Biopsia aspirativa con aguja fina:** Consiste en introducir una aguja hasta la zona del tumor. Si la masa no puede palparse, se puede realizar esta técnica con ayuda de la ecografía para situar la aguja en el sitio exacto donde se encuentre la masa. El análisis microscópico de esta muestra (tanto del líquido como del tejido) es el que determinará si es benigno o canceroso.
 - **Biopsia quirúrgica:** Es la extirpación de una parte o la totalidad del tejido según sea el tamaño de la masa.
 - **Biopsia excisional:** Es la extirpación de todo el tumor o área sospechosa, el margen circundante al tumor, aunque tenga apariencia normal.
 - **Biopsia radio quirúrgica o biopsia por localización mamográfica:** Esta técnica consiste en localizar el tumor a través de mamografía e introducir una aguja en la zona exacta donde se encuentra la masa en la mama. Puede dejarse una marca mediante la aguja con carbón activado o bien se deja un fino alambre que servirá posteriormente de guía al cirujano.

- **Biopsia del ganglio linfático centinela:** Durante la intervención quirúrgica, se inyecta un colorante o una sustancia radiactiva en la zona del tumor. La sustancia es transportada por la linfa y si es captada por el primer ganglio, que es el que puede contener mayor número de células cancerosas, se extirpan más ganglios. Si no contiene células malignas, no se extirpan los demás. Las posibilidades de supervivencia son mayores si no están afectados los ganglios axilares. Esta biopsia no se realiza si el tumor está muy localizado y es muy pequeño, pero, en caso de no ser así, se hace para intentar evitar los problemas que pueden ocurrir al extirpar los ganglios linfáticos¹.
- **Clasificación:** De acuerdo a su ubicación, extensión, infiltración existe varios tipos de cáncer de mama y se citan a continuación:
 - **El carcinoma ductal in situ:** Se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Localizado en una zona. Puede extirparse fácilmente. La cifra de curación en las mujeres que presentan este tipo de cáncer ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.
 - **El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo):** Es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.
 - **El carcinoma lobular in situ:** Se origina en las glándulas mamarias y aunque no es un cáncer verdadero, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.
 - **El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo):** Comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil detectarlo a través de una mamografía.
 - **El carcinoma inflamatorio del seno:** Es un cáncer poco común, tan sólo se presenta en un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de crecimiento rápido. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y

¹ Otto E. Shirley. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

ahuecada, como la de una naranja y pueden aparecer arrugas y protuberancias en ella. Estos síntomas son debidos al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

3.10. EXÁMENES PARA DETECTAR COMPLICACIONES DEL CÁNCER

Los cánceres constituidos por células más primitivas (no diferenciadas) o aquellos que presentan un gran número de células dividiéndose suelen ser más graves. Habrá que realizar también una exploración completa para determinar si cualquier otra parte del cuerpo está afectada. Las pruebas que se harán son:

- Radiografías del tórax para descartar una afectación pulmonar.
- Análisis de sangre para evaluar la función hepática y determinar si la enfermedad se ha extendido.
- Radiografía ósea seriada que consiste en una serie de radiografías de los huesos de todo el cuerpo. Esta prueba es útil para descartar metástasis ósea.
- Receptores de estrógenos y progesterona: Se realiza a través de la biopsia del tejido tumoral. Aquellos tumores que contienen estos receptores se denominan ER - positivos y PR - positivos y tienen mejor pronóstico que los negativos, así como mayores probabilidades de responder a la terapia hormonal.
- Prueba de HER / 2nu: Es el examen de la proteína HER / 2nu promotora del crecimiento celular. La presencia elevada de la proteína o de los genes, indica un peor pronóstico del cáncer pues tienden a crecer y a propagarse más rápidamente.
- Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.
- Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario.

El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto, hay que realizar una serie de análisis que nos facilitarán clasificarlo en uno u otro estadio.

3.11. EL COMITÉ CONJUNTO AMERICANO DEL CÁNCER UTILIZA EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM:

La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al IV, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y / o una mayor propagación a los tejidos cercanos.

La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

La letra **M**, seguida por un 0 o un 11, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes o a ganglios linfáticos no próximos a la mama.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV.

EL ESTADIO 1: Indica que el tumor es menor de 2 cm y no hay metástasis (no se ha extendido).

EL ESTADIO II abarca las siguientes situaciones:

- El cáncer no mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- El cáncer mide entre 2 y 5 cm y puede haberse extendido o no.
- El cáncer mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

EL ESTADIO III: Se divide en estadio IIIA y IIIB:

EL ESTADIO III A: Puede integrar a las siguientes formas:

- El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares también están afectados.

EL ESTADIO III B: Puede darse en los siguientes casos:

- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).

- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

EL ESTADIO IV: Se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cercanos a la clavícula.

3.11.1. Tratamiento

El diagnóstico del cáncer de mama no solo amenaza la vida una mujer sino que también altera su imagen personal y trastorna sus sistemas de apoyo y sus relaciones familiares. Las opciones de tratamiento a menudo contribuyen a la confusión originada por el diagnóstico. La elección del tratamiento depende del tipo de cáncer mamario, edad, relación temporal respecto a la menopausia, extensión del cáncer, compromiso de los ganglios linfáticos, tamaño del tumor, receptores hormonales, deseo de participar en una prueba clínica y estado general de salud. (enfermería medicoquirúrgica, REEVES ROUX, LOCKHART, PAG. 380)

Dentro de los tratamientos para el cáncer de mama se utilizan: La Radioterapia, la Quimioterapia, terapia reemplazo hormonal y la Extirpación quirúrgica.

3.11.1.1. *Radioterapia*

La Radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones, actuando sobre el tumor, destruyendo las células malignas y impidiendo que crezcan y se reproduzcan. Esta acción también puede ejercerse sobre los tejidos normales, sin embargo, los tejidos tumorales son más sensibles a la radiación y no pueden reparar el daño producido en forma tan eficiente como lo hace el tejido normal.

Infortunadamente, las células sanas también pueden morir a causa de este proceso, como es el caso de la piel y el cabello que son algunos de los tejidos que sufren el impacto más notorio, provocando lesiones de piel, quemaduras, enrojecimiento y una posible pérdida del cabello.

La radioterapia puede ser administrada como tratamiento exclusivo o bien antes o después de una intervención quirúrgica, asociándose también, en algunos casos, a la quimioterapia.

Según la distancia en que esté la fuente de irradiación, se pueden distinguir dos tipos de tratamientos:

- **Braquiterapia:** en la cual la fuente de irradiación está cerca o en el área a tratar. Se usa principalmente en tumores ginecológicos, para lo cual la paciente es hospitalizada y se instalan los dispositivos radiactivos en el interior de su cuerpo y se dejan por un determinado número de horas.
- **Tele terapia:** o radioterapia externa, en que la fuente de irradiación está a cierta distancia del paciente en equipos de grandes dimensiones, como son la unidad de Cobalto y el acelerador lineal. La radiación puede ser de rayos Gamma, rayos X o Electrones. En este tipo de tratamiento, que es el más común, los pacientes acuden diariamente en forma ambulatorio por un período total variable, dependiendo del problema que estemos tratando¹.

3.11.1.1.1. *Efectos secundarios*

Depende de la zona a tratar y de las dosis de radiación empleadas, los efectos son diferentes para cada paciente y varían en intensidad de acuerdo al tratamiento. En todo caso, en general, los síntomas no perturban las actividades; entre estos se pueden encontrar:

Fatiga y malestar, conteos sanguíneo bajos, Irritación de la mucosas, dificultad o dolor al deglutir, disminución de la salivación, eritema, edema, caída o descamación de la capa externa de la piel, hiperpigmentación de la piel, atrofia, prurito en la piel (picazón), dolor en la piel, cambios en el sentido del gusto, anorexia, náuseas y vómitos, Pérdida del cabello, aumento de la susceptibilidad a la infección, daño fetal en mujeres embarazadas

¹ IRAM Instituto de Quimioterapia. (Sitio de Internet) Disponible en www.iram.cl/radioterapia.htm . Acceso 2 de diciembre de 2004.

3.11.1.1.2. *Cuidados especiales con la radioterapia*

- Asegurarse de descansar lo suficiente y dormir tan frecuentemente como sea necesario.
- Alimentarse adecuada y balanceadamente para evitar bajar de peso.
- Consultar al Oncólogo Radioterapeuta por cualquier medicamento indicado por otro médico.
- Ser extremadamente cuidadoso(a) con la piel en el área de tratamiento
- Evitar colocar en estas zonas telas adhesivas, ropa áspera, sintética o ropa apretada.
- No frotar la zona irradiada, no se irritar la piel.
- No usar en la zona tratada alcohol, éter, talco o medicamento que los contengan.
- No usar jabón que contenga alcohol. .
- En la medida de lo posible, dejar la zona irradiada al aire.
- No exponer las regiones irradiadas al sol.
- Mantener una higiene cuidadosa de la zona irradiada. Usar jabón neutro sin frotar la piel.
- Limpiar con agua pura y antes de vestirse verificar que la piel esté bien seca.
- No aplicar calor ni frío al área bajo tratamiento, ya que podría lastimar la piel.

3.11.1.2. *Quimioterapia*

La quimioterapia consiste en el uso de fármacos para destruir las células cancerosas y combatir la enfermedad y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células malignas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo.. Cuando están sanas, éstas crecen y se dividen de forma controlada; sin embargo, las células cancerosas se caracterizan precisamente por el crecimiento descontrolado. Por ello, estos agentes, que pueden emplearse solos o bien combinados, están dirigidos a bloquear esta multiplicación caótica. No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo adyuvante, es decir, sumado a la cirugía o como tratamiento único, para los casos de recidivas y que la cirugía no sea una solución¹.

¹ (Sitio en Internet) Disponible en www.oncogen.com.mx/quimio/qtindescx.htm .

3.11.1.2.1. *Tipos de quimioterapia:*

- La quimioterapia neoadyuvante: Es aquella que se realiza antes de la cirugía y en aquellos casos en los que el tumor tenga un tamaño determinado, para que se reduzca con los fármacos y pueda extraerse en su totalidad sin necesidad de extirpar más tejido mamario, siempre que no haya afectación ganglionar.
- La quimioterapia adyuvante: se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su crecimiento. Sólo hay un 10% de todas las pacientes que no reciben tratamiento postoperatorio y que son aquellas que tienen afectados los ganglios y el tumor es menor de 11 cm. o los receptores hormonales son positivos.

3.11.1.2.2. *Fármacos que se utilizan*

Cada fármaco funciona con mecanismos diferentes, de manera que unos son capaces de 'envenenar' directamente a las células malignas dañando su ADN, mientras que otros desencadenan una reacción del sistema inmune para que éste sea capaz de reconocerlas como 'elementos extraños' y ordene su ejecución. En otros casos, la actividad o reposo de las células enfermas depende de su reacción a las hormonas que produce el organismo humano naturalmente. En este caso, el fármaco se dirige a anular los efectos de las hormonas del paciente.

Los agentes empleados en las terapias oncológicas pueden dividirse en varias categorías en función de cómo funcionan y cómo afectan a las células malignas. Conociendo en qué momento del ciclo celular actúan y qué actividad concreta bloquean para frenar la multiplicación de la enfermedad, los científicos pueden decidir qué fármaco actuará mejor sobre cada tipo de tumor, si deben combinarse varios de ellos para lograr una mayor eficacia, si se puede emplear conjuntamente con algún otro tipo de medicamento e incluso cuándo debe administrarse para lograr el efecto deseado.

- Agentes alquilantes (cisplatino, carboplatino, clorambucil, busulfano), Nitrosureas (carmustina o lomustina): Estos medicamentos actúan directamente sobre el ADN entorpeciendo la actividad de las enzimas encargadas de repararlo, para evitar que las células enfermas sigan reproduciéndose.
- Antimetabolitos (5-fluoracilo o el metroxato): se trata de agentes que se combinan con el ADN celular para modificar la estructura de las células, de manera que estas mueren al no poder seguir reproduciéndose normalmente

- Antibióticos antitumorales (doxorubicina, mitoxantrona): no funcionan igual que los antibióticos empleados en el caso de infecciones, sino que por su mecanismo de acción alteran la membrana que rodea a las células y bloquean el proceso por el que las células se multiplican.
- Inhibidores mitóticos: desde el paclitaxel hasta el docetaxel, estas sustancias derivan de productos naturales y son capaces de frenar el proceso de reproducción celular así como la acción de las enzimas responsables de la reproducción celular.
- Inmunoterapia: en este grupo se incluyen todos aquellos medicamentos capaces de estimular el sistema inmune del propio paciente para que éste sea capaz de reconocer y combatir las células enfermas.

3.11.1.2.3. *Efectos secundarios*

Las reacciones provocadas por la quimioterapia se deben a los efectos que los fármacos tienen sobre las células sanas y, aunque son muy frecuentes, lo normal es que cada persona reaccione de manera diferente. La mayor parte de los pacientes suele sentir cansancio a consecuencia de la 'quimio', aunque también hay quien logra seguir con su vida normal sin que el tratamiento interfiera en sus actividades laborales, sociales o familiares. Además, gracias a los avances, los fármacos que se emplean ahora en quimioterapia son cada vez más selectivos, de manera que matan a las células malignas causando mínimos daños a las sanas.

Es difícil predecir cómo va a reaccionar cada paciente porque no existen parámetros homogéneos. Es normal que todo el malestar desaparezca cuando se finalice el ciclo, cuando las células encuentran oportunidad de reponerse por sí mismas de los efectos de los fármacos quimioterápicos. Sólo en algunos casos, según qué agente quimioterapéutico se emplee, los efectos persisten para siempre, e incluso pueden producirse daños en órganos como los riñones, los pulmones o el aparato reproductor. Es cierto que la medicina ha evolucionado mucho y ya existen otros fármacos capaces de evitar estas raras reacciones. Al margen de estas excepciones, lo más frecuente es que se experimente:

- **Fatiga:** Este estado de cansancio y falta de energía prolongada es el más común, y se diferencia un poco del agotamiento que pueden experimentar los individuos sanos.
- **Náuseas y vómitos:** Para evitarlo, se recomiendan beber líquidos al menos una hora antes o después de las comidas, comer despacio y en pequeñas cantidades, evitar olores que le disgusten, evite las comidas grasosas, se

recomienda respirar profundamente cuando sienta que empieza a encontrarse mal y si se encuentra con ánimo, utilizar terapias de relajación, yoga, lea un libro que le guste.

- **Pérdida del cabello:** La alopecia es uno de los efectos secundarios que más preocupa a los enfermos y que más personas experimentan, aunque no todos los medicamentos provocan este problema. Algunos pacientes desarrollan este problema durante los primeros días de terapia, en otros casos es necesario esperar varios ciclos para notar la pérdida, unos de manera radical y otros progresivamente, depende de muchos factores. Generalmente el pelo vuelve a crecer cuando finaliza el tratamiento, tal vez con un color o textura diferente, éste es un problema menor al que la mayoría de la gente se readapta sin dificultad. Algunas personas optan por dejar el cuero cabelludo al aire, aunque la mayor parte de las personas recurren a pañuelos, gorros o pelucas para cubrirse. Todo depende de qué le haga sentirse más cómodo. Además se recomienda emplear champú suave, aplicarlos sin frotar el cuero cabelludo, evitar que el secador tenga una temperatura demasiado alta y también evitar los tintes y otros productos permanentes. La pérdida de pelo no afecta sólo a la cabeza, y puede implicar también a otras áreas del cuerpo como el pecho, los brazos, piernas y pubis.
- **Dolor:** Los fármacos empleados en quimioterapia pueden afectar a los nervios, lo que en ocasiones provoca quemazón, entumecimiento, hormigueo en los dedos de pies y manos e incluso cefaleas y dolores musculares o abdominales. Es importante que le describa a su médico dónde le molesta, con qué frecuencia, si emplea algún fármaco para aliviarlo, si empeora a alguna hora del día etc.
- **Anemia:** La quimioterapia ataca a todas las células del organismo, lo que incluye a los glóbulos rojos, responsables de transportar el oxígeno a todas las partes del cuerpo. De manera que cuando estos vehículos no son suficientes, muchos tejidos no reciben bastante alimento para realizar su trabajo. Es lo que se conoce como anemia, una patología que puede hacer al paciente sentirse débil, cansado, con dificultades para respirar. Durante el tratamiento suelen llevarse a cabo recuentos regulares de glóbulos rojos, cuando los niveles descienden demasiado puede recurrirse a una transfusión sanguínea, o bien a un fármaco: eritropoyetina. Mientras tanto, para combatir la anemia se recomienda descansar lo suficiente, limitar las actividades que realiza a las imprescindibles, pedir ayuda cuando la necesite, comer una dieta equilibrada; La pérdida de apetito es muy frecuente en estos pacientes, hasta el punto de que algunas veces es necesario recurrir a la alimentación intravenosa durante los primeros días y hasta que la persona sea capaz de volver a comer por sí

misma. Las comidas pequeñas y ligeras (cuatro o seis al día en lugar de sólo tres), los zumos y sopas, o los pequeños paseos antes de comer son algunos pequeños trucos para despertar el apetito.

- **Infeciones:** Los fármacos también limitan la producción de glóbulos blancos, las defensas de nuestro organismo, lo que nos vuelve más vulnerables a infecciones y otras enfermedades, de manera que incluso aunque se tenga cuidado puede acabar padeciendo alguno de estos problemas. Los recuentos permitirán controlar los niveles de leucocitos y saber si es necesario recurrir a otros medicamentos que aumenten estas cantidades. Es necesario mantener una buena higiene, evitar el contacto con personas enfermas, vigilar las pequeñas heridas, lávese bien los dientes; siendo estas algunas de las maneras más sencillas de evitar la infección.
- **Problemas de coagulación:** La producción de plaquetas disminuye con este tipo de anticancerígenos, de manera que los enfermos pueden sangrar más de lo normal o hacerse hematomas frecuentemente, incluso con pequeñas heridas o golpes.
- **Otros:** Diarrea o estreñimiento y problemas gastrointestinales, hipersensibilidad en piel y uñas, disfagia, inflamación y sensibilidad de los tejidos de boca y esófago se recomienda hacer una visita al dentista antes de comenzar el tratamiento; irritación intestinal, retención de líquidos, afectación de los órganos y las relaciones sexuales

3.11.1.3. *Terapia hormonal*

La terapia hormonal consiste en la administración de fármacos que bloquean la acción de las hormonas que estimulan el crecimiento de las células cancerosas.

Se les da a aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, esto viene a ser el 60-70% del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Últimamente se están empleando nuevos fármacos para esta terapia, que son los siguientes:

- Fármacos antiestrógenos o moduladores eléctricos del receptor estrogénico o SERM, como el tamoxifeno.

- Agonistas de la hormona luteinizante, a nivel de la hipófisis, que se encarga de la producción de estrógenos en mujeres premenopáusicas.
- Fármacos de la aromatasa, enzima que produce estrógenos en mujeres cuyos ovarios ya no los producen, es decir, en mujeres menopáusicas.
- Fármacos de tipo de la progesterona.

Los efectos secundarios de estos fármacos son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, es decir, sofocos, nerviosismo, etc. En algunas mujeres posmenopáusicas se ha visto otros riesgos como un aumento de la tromboflebitis, etc.

3.11.1.4. *Intervención quirúrgica*

La cirugía permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el número de ganglios afectados por células malignas. La cirugía se realizará una vez obtenido el resultado de la biopsia.

En función del tamaño del tumor se realizan los siguientes tipos de cirugía:

- Cirugía conservadora de la mama: Consiste en extirpar el tumor intentando conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto.
- Lumpectomía: Extirpación del tumor junto con un borde de tejido normal.
- Mastectomía parcial o escisión amplia: Extirpación del tumor junto con una cantidad mayor de tejido normal.
- Cuadrantectomía: Extirpación de un cuarto de la mama.
- Mastectomía simple: Se extirpa la totalidad del tejido mamario, pero se deja el músculo subyacente intacto y suficiente piel como para cubrir la herida. La mama se reconstruye con más facilidad si los músculos pectorales y otros tejidos que se encuentran debajo de la misma quedan intactos. Esta técnica se emplea cuando el cáncer es invasivo y se ha extendido dentro de los conductos mamarios.
- Mastectomía radical modificada: Se extirpa toda la mama, algunos ganglios axilares del mismo brazo de la mama y una pequeña sección del músculo pectoral.

- Mastectomía radical: Se extirpan el tumor y la mama, los músculos pectorales subyacentes y los ganglios axilares.
- Reconstrucción mamaria: Luego de una mastectomía la mujer puede tener reconstrucción de la mama con implantación de prótesis.

No todas las mujeres, que han sido sometidas a una mastectomía radical, quieren realizarse un implante de prótesis.

3.12. CUIDADO PARA PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Debe motivarse a la deambulación temprana pero la movilidad es limitada en el brazo lateral por arriba del codo. El uso de un cabestrillo puede facilitar la inmovilización del brazo. Es importante que el hombro se mantenga inmóvil para asegurar la adherencia del colgajo al espacio axilar y a la pared torácica.

Las pacientes por lo general padecen un dolor de intensidad moderada en la axila y en la pared torácica que puede ser controlado mediante la administración de analgésicos orales o intramusculares. También puede aparecer hiperestésias y parestesias. Estos trastornos neurológicos son la consecuencia de la división de segmentos del nervio intercostobraquial que transmite estímulos sensoriales a la piel de la axila y la parte interna del brazo. Se le debe informar a la paciente que estas manifestaciones neurológicas son normales después de una mastectomía y que por lo general remiten en el curso de 3 a 6 semanas, sin embargo la sensibilidad de estas áreas cutáneas puede persistir de 8 a 10 meses después de la operación.

El drenaje con aspiración generalmente es mantenido durante 3 a 5 días después de la operación. Cuando el volumen del líquido serosanguinolento es menor de 20–25 ml durante 24 horas, los drenajes pueden ser retirados. En este momento si los colgajos se encuentran firmemente adheridos, se puede indicar la iniciación de ejercicios con movimientos activos para el día siguiente. Estos ejercicios al principio pueden generar molestias pero sirven para generar futuros problemas y restaurar el rango de movimientos activos. Algunos ejercicios isométricos, tales como la compresión de una pelota de goma y la flexión de la muñeca, pueden ser iniciados antes del retiro de los drenajes. Estos ejercicios aumentan el flujo sanguíneo pero no incrementan el flujo linfático.

3.13. LINFEDEMA DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA

3.13.1. Sistema linfático

El sistema linfático está compuesto por redes de finos vasos que llevan linfa desde todos los tejidos, incluidos los más alejados, a través de todo el organismo hasta unas grandes venas cercanas al corazón. La linfa contiene, entre otras cosas proteínas y sustancias de moléculas grandes que el organismo ha ido "olvidando" entre las células de los tejidos de todo el cuerpo. Estas moléculas retienen agua, lo que provoca la hinchazón (edema) de los tejidos que no han podido deshacerse de ellas. El sistema linfático limpia de estas moléculas los espacios que hay entre las células y los transporta en la linfa hasta la sangre.

Con frecuencia durante una tumorectomía o una mastectomía, el cirujano extirpa algunos de los nódulos linfáticos de la axila. En los ganglios linfáticos de la axila desembocan los vasos linfáticos de la región de los antebrazos, de la mayor parte de la mama, de la nuca y de la axila. Los nódulos linfáticos ayudan a filtrar el exceso del fluido, los posibles microbios y los residuos de las infecciones¹.

3.13.2. Linfedema

Cuando los conductos linfáticos se alteran o se dañan, el brazo puede sufrir un edema. Este daño linfático puede deberse a cirugía, a radioterapia o, más frecuentemente, a una combinación de ambas. La quimioterapia puede también contribuir al edema del brazo. Este edema, causado por una retención anormal de líquidos debido al mal funcionamiento de los conductos linfáticos, se llama linfedema.

La mujer cuyos ganglios de la axila han sido extirpados tiene un riesgo más grande de desarrollar linfedema, lo que puede ocurrir inmediatamente después de la cirugía, meses o años después. No todas las mujeres que tienen una mastectomía experimentarán linfedema. Por otro lado, hay varios tipos de linfedema.

¹ (Sitio en Internet) Disponible en www.alemana.cl/ser/scl/rat/rat001.html . Acceso 26 Noviembre de 2004.

- 1). El tipo agudo, temporal y suave de linfedema aparece unos pocos días después de la cirugía y usualmente dura un periodo corto de tiempo.
 - 2). El tipo agudo y más doloroso de linfedema puede ocurrir como de 4 a 6 semanas después de la cirugía.
 - 3). El tipo más común de linfedema tiene lugar lentamente y sin dolor, y puede tener lugar de 18 a 24 meses después de la cirugía.
- **Síntomas:** El síntoma principal del linfedema es el edema del brazo afectado. El grado de edema puede variar. Algunas personas pueden experimentar un edema severo cuando el brazo afectado está varias pulgadas más grande que el otro brazo. Mientras que otras experimentan una forma más suave del edema - cuando el brazo afectado está sólo un poco más grande que el otro brazo.

Además del edema del brazo afectado, los siguientes son síntomas comunes en el linfedema:

- La sensación de plenitud o tirantez en el brazo afectado.
- Sentir dolor en el brazo afectado.
- Edema en la mano.
- Debilidad en el brazo afectado.

Sin embargo, cada individuo puede experimentar los síntomas de una forma diferente. Los síntomas del linfedema pueden parecerse a otras enfermedades.

- **Diagnostico:** La amplia variación de linfedema es principalmente la consecuencia de la ausencia de criterios diagnósticos uniformes. Los criterios subjetivos incluyen el tamaño, el peso, la actividad funcional y el aspecto del brazo. Los criterios objetivos se basan en mediciones de la circunferencia o el volumen del brazo.
- **Tratamiento:** El tratamiento para el linfedema depende de la gravedad y la extensión de la condición. La prevención y el control del linfedema juegan un papel importante en esta condición ya que no existe cura.

El tratamiento puede incluir lo siguiente:

- **El ejercicio:** Este ayuda a restaurar y a fortalecer, además mejora el drenaje. El tipo de ejercicio le será recomendado por su médico y, o por su fisioterapeuta.

- **Las vendas:** El usar una manga de compresión hecha especialmente para usted, o una venda elástica podría ayudar a prevenir la acumulación de los fluidos.
- **La bomba del brazo:** El aplicar una llaman bolsa térmica en el brazo ayuda con frecuencia ayuda a aumentar el flujo de los fluidos en los vasos linfáticos, y previene que estos fluidos se colecten en el brazo.
- **La dieta:** El tener una dieta bien balanceada y controlar el peso del cuerpo es una parte importante del tratamiento.
- **Mantener el brazo elevado:** El mantener el brazo elevado por encima del nivel del corazón, cuando es posible, permite que la gravedad ayude a retirar el fluido acumulado.

3.13.3. Prevención de la infección

Es importante tomar medidas preventivas, como el buen cuidado de la piel, para proteger el brazo afectado de las infecciones y de la ruptura de la piel.

Los pacientes que sufren de cáncer de mama que mantienen un buen cuidado de la piel y hacen ejercicio apropiadamente después de la mastectomía tienen menos probabilidad de desarrollar el linfedema.

3.13.4. Prevención y control del linfedema

La protección del brazo edematoso es muy importante después de la cirugía del seno. Un sistema linfático estropeado puede hacer que el brazo afectado sea más susceptible a las infecciones y menos sensible ante temperaturas extremas. Las personas con linfedema deben evitar cualquier lesión o infección así como las actividades que provocan demasiado esfuerzo en el brazo enfermo. Las medidas de protección incluyen lo siguiente:

- Asegúrese de que todas las muestras de sangre se tomen del brazo que no está afectado. Lo mismo vale para todas las inyecciones que le den.
- Evite el usar camiones de noche o ropa con elástico en las mangas.
- Cargue su bolso o paquetes pesados con el brazo sano.
- Use una afeitadora eléctrica cuando se vaya a afeitar las axilas.

- Evite las quemaduras (por el sol y de otro tipo) especialmente en el brazo afectado.
- Asegúrese de que todos los exámenes de la presión sanguínea se hagan en el brazo sano.
- Use guantes cuando esté haciendo algo de jardinería y cuando esté usando detergentes fuertes para el hogar.
- Limpie la piel del brazo diariamente y use loción. Cuando se esté secando el brazo, hágalo suavemente pero de una forma minuciosa.
- Mantenga el brazo elevado cuando sea posible.
- Haga ejercicio regularmente para mejorar el drenaje, pero primero consulte con su médico o con su fisioterapeuta.
- Mantenga una dieta bien balanceada, baja en sodio.
- Evite las temperaturas extremas bien sea caliente o fría, como las bolsas térmicas calientes o frías (en algunos países se les llaman bombas).
- Cuide sus uñas apropiadamente y evite cortar sus cutículas.
- Limpie todas las heridas con jabón y agua, y después aplique una pomada bactericida y una venda esterilizada.
- Proteja sus dedos de las punzadas con agujas y con objetos afilados. Use un dedal cuando esté cosiendo.
- Evite los movimientos vigorosos, repetitivos o contra resistencia (como frotar, traccionar o empujar) con el brazo afectado.
- Notifique a su médico inmediatamente si hay cualquier señal de infección, como enrojecimiento, calor, aumento en el edema, o fiebre.

3.14. COMPLICACIONES ONCOLOGICAS

3.14.1. Mucositis

La quimioterapia causa ulceraciones del revestimiento mucoso del tracto gastrointestinal por lo cual se puede desarrollar estomatitis, oral mucositis rectal o vaginal.

La mucositis puede presentarse en los pacientes que reciben quimioterapia citotóxica o irradiación en la cabeza o cuello. Los signos clínicos de mucositis incluyen disminución del espesor de la mucosa, queratinización, desprendimiento superficial y ulceración.

En los pacientes que reciben quimioterapia, la incidencia y severidad de mucositis tóxica está determinada por la dosis y el esquema de administración de cada fármaco en particular. La preexistencia de una pobre higiene bucal puede contribuir a la mucositis. El dolor es a menudo intenso e interfiere con la ingesta oral. La mucositis inducida por quimioterapia comienza comúnmente 3 a 5 días luego de iniciada la terapia, alcanzando un máximo a los 7 a 10 días, se resuelve lentamente en los próximos 5 a 7 días a menos que se complique por infección o hemorragia. Se puede presentar dificultad o dolor al deglutir, el cual puede progresar hasta la ulceración y la infección causando faringitis y esofagitis

Los síntomas de la mucositis vaginal se presentan de 3 a 5 días de la quimioterapia y ceden 7 a 10 días después del tratamiento.

La mucositis rectal puede ser frecuente, por lo cual se debe observar la consistencia y cantidad de las deposiciones y el sangrado rectal. (enfermería medicoquirúrgica de revés Pág. 493)

En la mucositis asociada con quimioterapia o radioterapia, la intensidad del dolor está relacionada con la cantidad de tejido afectado y el grado de inflamación local. Típicamente, el paciente describe una sensación urente, frecuentemente acompañada de eritema. Debido a que los signos y síntomas clínicos pueden cambiar, los pacientes con mucositis deben ser evaluados frecuentemente. El tratamiento debe incluir la utilización agresiva de analgésicos (por ejemplo, analgesia controlada por el paciente) y antibióticos específicos¹.

3.14.2. Neuropatías periféricas

Los nervios periféricos pueden ser infiltrados o comprimidos por el tumor o por la fibrosis, la cual es una complicación ocasional de la radioterapia. También se pueden afectar por quimioterapia neurotóxica o por incisiones y tracción de los tejidos durante la cirugía.

La vincristina, el cisplatino y el taxol producen neuropatías periféricas relacionadas con la dosis, generalmente se manifiestan como disestesias en los pies y posteriormente en las manos (en la medida que la neuropatía progresa); el dolor urente continuo es poco frecuente. La neuropatía secundaria a vincristina puede precipitar en neuralgia craneana, incluyendo claudicación de la quijada. El tratamiento de las neuropatías secundarias a la quimioterapia debe involucrar la

¹ Harrison. Principios de Medicina Interna. Interamericana McGraw – Hill. 14ª Edición. Vol. I.

suspensión o disminución del agente (cuando es posible) y la utilización de analgésicos.

En ausencia de recurrencia del tumor, el dolor persistente después una cirugía puede deberse a la lesión intra operatoria de los nervios profundos o cutáneos. Los síndromes dolorosos se caracterizan por dolor post quirúrgico persistente o recurrente luego que el dolor inicial se ha resuelto. Las características clínicas están relacionadas con la localización y extensión del daño del nervio lesionado. El tratamiento de estos síndromes requiere el empleo de analgésicos y ocasionalmente de bloqueos regionales.

3.14.3. Plexopatías

Los plexos cervical, braquial y lumbosacro pueden ser fuente de dolor intratable en pacientes con cáncer. El dolor se produce cuando estas estructuras son infiltradas por tumor o comprimidas por fibrosis después de radioterapia de las estructuras adyacentes. El dolor inducido por radiación es generalmente menos intenso que el dolor ocasionado por tumor. La tracción ocasionada por la posición de un paciente durante una cirugía prolongada también puede producir plexopatía braquial.

El dolor originado en el plexo cervical frecuentemente se presenta como una molestia que se irradia dentro del cuello y el occipucio. Generalmente es causado por metástasis en los ganglios linfáticos cervicales o por infiltración local de tumores primarios del cuello o la cabeza.

La plexopatía braquial es una complicación frecuente del cáncer de seno, pulmonar o de linfomas, también puede ser causado por metástasis al plexo braquial de un tumor primario distante. El dolor se presenta sobre el 85% de los pacientes con compromiso del plexo braquial y puede preceder en meses a la debilidad o pérdida sensorial. Cuando las ramas superiores son lesionadas por tumor el dolor generalmente comienza en el hombro y se asocia a una sensación punzante o eléctrica en los dedos pulgar e índice. Cuando las ramas inferiores están comprometidas, como es más frecuente, el dolor empieza en el hombro y se irradia al codo, brazo, región media del antebrazo y el cuarto y quinto dedo. En cerca del 25% de los pacientes, se compromete el plexo en su totalidad. Comparado con la plexopatía tumoral, el daño por irradiación del plexo braquial causa menos dolor e inicialmente se localiza en las ramas superiores.

La invasión epidural puede ocurrir hasta en el 50% de los pacientes con tumor del ápex pulmonar. La enfermedad epidural se puede presentar con mayor

probabilidad cuando se compromete el plexo en su totalidad y se presenta síndrome de Homer, lo cual indica prolongación tumoral hacia medial y paraespinal. Los linfomas pueden producir plexopatía braquial y compresión medular en ausencia de lesión del cuerpo vertebral. El TAC y la RNM del plexo braquial y los espacios epidurales son los procedimientos diagnósticos de elección y son esenciales para definir la magnitud del compromiso y para la planeación de los campos de irradiación.

El plexo lumbosacro, puede ser invadido por tumores abdominales y pélvicos. El cáncer colorectal, endometrial y renal, como también los sarcomas y linfomas, pueden invadir el plexo por extensión. Sin embargo, el 25% de las plexopatías lumbosacras son metastásicas. El dolor generalmente se percibe en el abdomen inferior, nalgas y piernas. La infiltración del plexo sacro puede producir dolor perineal y perirrectal, es cual es exacerbado al sentarse y al acostarse boca abajo. El dolor precede, por semanas o incluso meses, a los signos neurológicos de debilidad, pérdida de la sensibilidad o incontinencia urinaria. El TAC o RNM abdominal y pélvica pueden proporcionar un diagnóstico y permiten definir los campos de irradiación. Al igual que los pacientes con plexopatía braquial, los pacientes con compromiso difuso o bilateral del plexo lumbosacro pueden tener invasión epidural tumoral, en cuyo caso, se requiere RNM del espacio epidural. La enfermedad epidural de la cauda equina o tumor leptomeningeo puede producir un síndrome similar a la plexopatía lumbosacra.

El dolor puede preceder a otros signos neurológicos de compresión medular, plexopatía y metástasis espinal. El diagnóstico precoz de estos síndromes y la implementación de un tratamiento adecuado pueden prevenir la parálisis y la incontinencia.

3.14.4. Compresión de la medula espinal

Los tumores situados en el conducto raquídeo, pueden ser primarios o metastásicos, y se clasifican como Extradurales (Epidurales) o intradurales, en tanto que estos últimos pueden ser intra o extramedulares. La mayoría de las lesiones neoplásicas son epidurales y constituyen procesos metastásicos en la columna vertebral adyacente. Los tumores originados en la próstata, mama y pulmón, así como los ninfomas y discrasias de células plasmáticas son frecuentes en este contexto, aunque cualquier tumor maligno puede producir compresión medular epidural metastásica.

- **Manifestaciones:** El síntoma inicial en la compresión epidural suele ser dolor local en la espalda que a menudo empeora en posición de decúbito y que hace que el paciente se despierte por la noche. El dolor de espalda se puede acompañar de un dolor radicular irradiado que se exacerba por la tos, los estornudos y los esfuerzos. El dolor y la sensibilidad a nivel local preceden a resto de síntomas durante muchas semanas. Con frecuencia los signos neurológicos evolucionan en varios días o semanas. El síndrome medular se inicia con debilidad progresiva al final evoluciona hacia un cuadro de mielopatía transversa con paraparesia y nivel sensitivo.
- **Diagnóstico:** La radiografía simple puede mostrar la presencia de alteraciones líticas o blásticas, o una fractura por compresión a u nivel adecuado en relación con el síndrome medular, la gammagrafía ósea suele ser positiva, la melografía y sobre todo la resonancia magnética nuclear, son los métodos óptimos para demostrar la compresión de la medula espinal.
- **Tratamiento:** Cualquiera que sea el tratamiento elegido, se debe actuar rápidamente y administrar los glucocorticoides tan pronto se como se sospeche el diagnostico de compresión medular.

3.14.5. Tumores intracraneales

Los tumores más frecuentes del SNC son las metástasis, estas aparecen aproximadamente en el 25% de los pacientes con cáncer sistémico. La diseminación hacia la calota craneal, el parénquima encefálico y el espacio subaracnoideo, se produce a través de varios mecanismos. La embolia tumoral hematogena a partir de localizaciones intermedias como el pulmón y el hígado es el mecanismo más frecuente en los tumores sólidos de la mama y del pulmón y también en el melanoma. La diseminación hacia canal raquídeo a través del sistema venoso perivertebral se produce en los tumores uterinos, colónicos y prostáticos. La extensión directa de los tumores que se originan en la cabeza y el cuello se puede producir a través de la base del cráneo. La infiltración paraespinal directa puede ocurrir en los linfomas y en los carcinomas de próstata y mama.

Algunos tumores intracraneales se originan en otros tejidos Encefálicos: Quiste Coloide, Craneofaringioma, Quiste Dermoide, Meduloblastoma, Pinealoma, Adenoma Hipofisiano, Teratoma, Schwannoma Vestibular.

- **Manifestaciones:** Las manifestaciones dependen de la ubicación del Tumor y de los efectos del edema; Entre los déficit neurológicos se incluyen: Debilidad,

cambios sensoriales, defectos del campo visual, trastornos del lenguaje, trastornos de la marcha.

- **Medios Diagnóstico:** Imágenes del Encéfalo (MRI o ST), Electroencefalograma, Radiografía Torácica, Pruebas Endocrinológicas, Angiografía Cerebral, análisis de Líquido Cefalorraquídeo, Biopsia Encefálica.
- **Tratamiento:** Quimioterapia, procedimientos medicoquirúrgicos especiales, radioterapia

3.14.6. Metástasis óseas

Algunos tumores tienen una especial tendencia a dar metástasis óseas; por ejemplo el cáncer de mama compromete el hueso entre 50 y 73 % de los casos. En el cáncer de próstata, este porcentaje varía entre el 47 y el 70 %; En el cáncer de pulmón oscila entre el 23% y 44%; el Hipernefroma compromete al hueso entre 23% y 32% y en el cáncer de la tiroides se observa en el 25%.

Las metástasis óseas en el esqueleto aparecen con preferencia en las zonas de alto riesgo de fractura, que corresponden principalmente a aquellos huesos que producen médula ósea y que tienen un alto flujo de sangre.

Los huesos que con más frecuencia se afectan por la colonización de células cancerosas son las vértebras, la pelvis, las costillas, los huesos largos proximales, la calota y el esternón.

Las células cancerosas por lo general llegan al hueso a través de la vía sanguínea; aunque en algunos casos pueden comprometer al hueso, en forma primaria, por invasión local. El sistema venoso, más que el arterial, juega un papel importante en el transporte de células malignas. Las arterias son más resistentes a la invasión del tumor que las venas. Las células tumorales pueden entrar al sistema arterial a través del retorno venoso o del drenaje linfático del conducto torácico. Después de atravesar el circuito cardiopulmonar las células tumorales pueden entrar a la circulación sistémica.

Sin embargo, existen factores ambientales en el torrente sanguíneo, como es el flujo rápido de la sangre y la presión en el sistema arterial, que influyen desfavorablemente sobre la vida de las células tumorales.

En el establecimiento de las metástasis óseas juega un papel importante la red de venas sin válvulas, conocidas como el plexo de Batsón que interconecta el sistema venoso vertebral con el torácico, el abdominal y las venas pelvianas.

Este sistema, al tener un flujo lento de sangre, preserva la viabilidad de las células Neoplásicas que flotan en la sangre , después permite explicar la distribución de las metástasis óseas. Cuando aumentan las presiones intrabdominal, intrapélvica o intratorácica, (como ocurre durante la tos, el estornudo o el estreñimiento). Las células tumorales se ven forzadas a desplazarse en forma retrógrada, vía plexo de Batsón, así establecen focos metastásicos en vértebras, pelvis, costillas, calota, etc.

- **Manifestaciones:** El síntoma más común es el dolor, el cual se describe como insidioso, aumenta en intensidad con el tiempo y suele localizarse en la zona del tumor, aunque se dan casos de metástasis óseas extensas sin dolor; Otros síntomas usuales son: Parestesia, parálisis o dolor radicular, que indica presión de la medula espinal o colapso vertebral, Hipercalcemia, fosfatasa alcalina alta, fracturas patológicas.
- **Diagnóstico:** a historia clínica y el examen físico son fundamentales en el diagnostico de dolor. A su vez pueden complementarse con estudios de laboratorio como lo son la Fosfatasa alcalina, calcio serico, calcio urinario e hidroxiprolina urinaria. Los estudios por imágenes como la radiografía simple del área afectada, la gammagrafía o una tomografía axial computarizada son útiles para detectar los sitios invadidos por el tumor.
- **Tratamiento:** El tratamiento de elección; es la Radioterapia, reduce la inflamación local y a su vez el tamaño de la masa tumoral, aumenta la situación funcional y previene las fracturas patológicas y el riesgo de compresiones nerviosas o de cordón espinal. La terapia farmacológica es variable. Debe individualizarse fundamentándose en el comportamiento del dolor y las actitudes psicosociales del paciente.
- **Cuidados:**
 - Administrar terapia opioide y si es necesario agregar un antiinflamatorio no esterooidal o un coadyuvante como los corticoesteroides, los cuales pueden reducir la inflamación, el dolor y el edema asociado a depósitos tumorales.
 - Proporcionar alimentación e hidratación adecuada con el fin de evitar deshidratación y debilidad.
 - Utilizar técnicas para aliviar el dolor como relajación e imágenes dirigidas

- Realizar estimulación cutánea por medio de masajes y musicoterapia para controlar el dolor.

3.14.7. Metástasis cardiaca

Las metástasis cardíacas son más frecuentes en los carcinomas de mama y pulmón, lo que refleja la gran incidencia de estos tumores. Las metástasis cardíacas casi siempre ocurren cuando hay metástasis muy diseminadas y suele haber otros tumores en la cavidad torácica, no obstante, en ocasiones las metástasis cardíacas son la presentación inicial de un tumor localizado en otro órgano.

Las metástasis llegan al corazón por vía hemática, linfática o por invasión directa y por lo general son nódulos pequeños y firmes; también puede ser una infiltración difusa, especialmente en los sarcomas y neoplasias hematológicas.

Se afecta con más frecuencia el pericardio, seguido del miocardio de cualquiera de las cavidades y, pocas veces, el endocardio o las válvulas cardíacas.

- **Manifestaciones:** Aunque las metástasis cardíacas pueden dar lugar a una gran variedad de signos y síntomas en específicos, los más frecuentes son disnea, signo de pericarditis aguda, taponamiento cardíaco, rápido incremento del tamaño de la silueta cardíaca en la radiografía de tórax, taquiarritmias de instauración reciente, bloqueo AV e insuficiencia cardíaca congestiva. Muchos de estos signos y síntomas también pueden aparecer en las miocarditis, pericarditis o miocardiopatías debidas a la radio o quimioterapia.
- **Diagnostico:** La ecocardiografía es útil para el diagnostico del derrame pericárdico y para visualización de las metástasis de mayor tamaño. La tomografía computarizada, la resonancia magnética y el estudio isotópico con galio o talio pueden proporcionar una útil información anatómica. La angiografía puede visualizar lesiones bien definidas y la pericardiocentesis permite el diagnostico citológico específico.
- **Tratamiento:** Como la mayoría de los pacientes con metástasis cardíaca tienen enfermedad diseminada, el tratamiento se limita a la pericardiocentesis. La evacuación de un derrame maligno mediante pericardiocentesis, con o sin eyección de un agente esclerosante, puede paliar los síntomas y retrasar la acumulación ulterior de líquido.

- **Cuidados:**
 - Reposo en cama y posición fowler alta
 - Administrar oxigenoterapia según se indique
 - Vigilar continuamente el ritmo del electrocardiograma
 - Proporcionar un ambiente tranquilo, periodos de descanso frecuentes y apoyo emocional.
 - Valorar signos vitales, ruidos respiratorios y cardiacos, la hemodinámica, las respiraciones y los pulsos periféricos cada cuatro (4) horas.

3.14.8. Fracturas patológicas

La ubicación de las fracturas preferentemente compromete vértebras, costillas y pelvis. Solo en el 20% de las fracturas patológicas hay compromiso de los huesos largos. Y es esta localización la de mayor importancia por el grado de compromiso funcional que significa para el enfermo y la dificultad terapéutica, para solucionarlo.

Existen algunos sitios donde se puede presentar las fracturas, como lo son:

- **Columna:** Es el sitio donde con más frecuencia se desarrollan las metástasis óseas y en consecuencia las fracturas patológicas. Las células tumorales fácilmente acceden al sistema venoso de Batsón que está en relación con las vértebras, colonizando, a través de sus vías, su matriz ósea y desarrollando después las metástasis óseas. Los cuerpos vertebrales son el asiento de la mayor producción de médula ósea. Tienen además una rica red vascular que les permite cumplir la función hematopoyética. Sin embargo dicha red vascular favorece la colonización por las células tumorales que llegan por el sistema venoso por lo que presentan un alto riesgo de invasión tumoral que permite la aparición de metástasis ósea.

Existe una serie de cánceres que dan metástasis en las vértebras. Son los de mama, próstata, linfoma, pulmón y mieloma múltiple. Los de mama y de próstata son los que con mayor frecuencia comprometen distintas vértebras, como las lumbares, seguidas por las torácicas y las cervicales.

- **Esternón:** El cáncer de mama, el linfoma y el cáncer de pulmón pueden dar metástasis en el cuerpo y el manubrio del esternón, aunque rara vez se presenta fractura, se produce metástasis principalmente en el cuerpo del esternón. Cuando ocurre fractura del esternón ésta se caracteriza por una gran

deformación dolorosa en la zona, cuya curación es lenta. El tratamiento realizado a través de la Radioterapia es paliativo.

- **Costilla:** La incidencia de las fracturas costales es alta; Llega a ser un tercio de las metástasis óseas ubicadas en las costillas; Las que se pueden producir por extensión directa a partir de mama o pulmón y por diseminación hematológica que provoca metástasis ósea en las costillas. El dolor es uno de los síntomas más frecuentes del compromiso costal por la metástasis. El dolor es, a menudo constante, y se agrava con la respiración. La costilla fracturada puede producir un pequeño trauma en la parrilla costal, y a veces, tos y malestar por irritación de la pleura.
- **Clavícula:** La fractura de clavícula es relativamente frecuente y se trata con inmovilización externa y con radioterapia.
- **Huesos de manos y pies:** Es muy poco frecuente que se produzcan metástasis y fracturas patológicas de los huesos pequeños de las manos y los pies.
- **Huesos largos:** El manejo de un paciente con fractura de huesos largos requiere de un esfuerzo coordinado multidisciplinario, en el cual se contemplan la opinión de cirujanos, traumatólogos, radioterapeutas y oncólogos. El tratamiento de ésta fractura puede o no tener indicación quirúrgica, el objetivo inmediato es la estabilización del segmento de fractura para reducir el dolor y facilitar su curación. La intervención no quirúrgica incluye el uso de la tracción y el empleo de yeso en conjunto con la radiación o la quimioterapia.

Como ocurren en otras fracturas patológicas, el cáncer de mama es el responsable de cerca del 50% de las fracturas de los huesos largos, junto con el cáncer de pulmón, de riñón, de próstata y el mieloma múltiple.

3.14.9. Dolor

El dolor es el síntoma principal en el 40% de los pacientes oncológicos en tratamiento y el 75% en enfermedad avanzada. Por ello, el alivio del dolor y los cuidados paliativos son prioritarios.

La incidencia del dolor depende del tipo de tumores: óseo 85%, genitourinario (vías urinarias) 70%, mama 50% y pulmón 45%; frente al 5% en leucemias.

También es importante destacar que en fase terminal el 40%-50% es dolor moderado / intenso y el 25%-30% es dolor muy intenso.

Las expectativas de tratamiento son buenas, ya que, un 90-95% responden al tratamiento farmacológico asociado a una buena terapia oncológica. Un 10% de los pacientes requieren unas medidas más agresivas pero con muy buenos resultados¹.

3.14.9.1. *Tipos de dolor oncológico*

La clasificación más utilizada es la siguiente:

3.14.9.1.1. *Según la duración*

Agudo: Es aquel dolor que dura menos de 3-6 meses, de comienzo bien definido con signos y síntomas objetivos.

Crónico: Persiste más de seis meses y no suele acompañarse de signos objetivos y para su control es necesario un enfoque multidisciplinar.

3.14.9.1.2. *Según la intensidad*

La valoración de " cuánto " duele se hace con la Escala Analógica Visual y esta nos determina el escalón analgésico de la OMS.

Leve : de 0-3, Moderado: de 4-6, Intenso: de 7-10, Muy intenso: más de 10.

¹ Alberro Aduriz, José Antonio. (Sitio en Internet) Disponible en www.uninet.edu . Acceso 28 Noviembre de 2004.

3.14.9.1.3. Según las características

3.14.9.1.3.1. Nociceptivo

Es un dolor que se produce por la activación de unos receptores en todo el cuerpo llamados nociceptores, situados en piel y tejidos profundos. Estos receptores son estimulados por infiltración tumoral o cambios inflamatorios secundarios a la liberación de unas sustancias químicas del dolor (serotonina, prostaglandinas E1 y E2, bradiquininas).

Este tipo de dolor puede a su vez diferenciarse en:

- **Visceral:** Es un dolor constante, sordo, mal localizado. Característico del tumor de páncreas, metástasis pulmonares y hepáticas.
- **Somático:** Es también constante, intenso, bien localizado, opresivo y punzante. Característico de las metástasis óseas.
- **Neuropático:** Es un dolor que se produce por una lesión del sistema nervioso central o periférico. Es un dolor que los pacientes describen como una descarga eléctrica, desagradable, quemante, punzante, hormigueo, acorchamiento, picor, tirantez, puede acompañarse de momentos de muchísimo dolor con otros mas calmados. Responde bien al tratamiento con fármacos que no son específicamente analgésicos denominados coadyuvantes (antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, anestésicos locales, corticoesteroides.), estos fármacos se utilizan para muchos tratamientos de dolor en nuestra Unidad del Dolor aunque como hemos dicho no son propiamente calmantes o analgésicos.

3.14.9.1.3.2. Incidental o desencadenado

Suele aparecer el dolor con el movimiento, no es continuo pero si muy intenso. Es frecuente encontrarlo en las metástasis óseas acompañando al dolor somático.

- **Impredecible:** Sin causa aparente conocida y puede durar de minutos a horas y no volverse a repetir.

3.14.9.1.4. Según la etiología

3.14.9.1.4.1. Infiltración tumoral directa:

Es el diagnóstico específico más común en el dolor (75%). El dolor se produce por muchas causas: la obstrucción linfática, Obstrucción de estructuras vasculares (venas, arterias), infiltración y necrosis tisular, distensión o edema en vísceras huecas. Si hay infiltración o compresión nerviosa existirá la posibilidad de un daño o déficit neurológico (nervios) con peor control del dolor incluso al desaparecer el tumor primario.

Dolor secundario al tratamiento antineoplásico:

- **Síndromes dolorosos post-quirúrgicos:** Se producen por daño de los nervios sensitivos periféricos y por esto el dolor es de tipo neuropático.
 - Síndrome doloroso post-mastectomía por afectación intercostobraquial con dolor urente, constrictivo en brazo, axila y pared torácica anterior.
 - Síndrome doloroso post-toracotomía por daño de los nervios intercostales con dolor quemante.
 - Síndrome en amputaciones en las que un pequeño grupo desarrolla neuromas post-traumáticas en cicatrices.

Se ha visto que en los síndromes dolorosos post-quirúrgicos existe un aumento de recurrencia tumoral.

- **Síndrome doloroso post-radioterapia:** Son locales y pueden aparecer plexopatías (daño de un grupo de nervios que se agrupan en plexos), cambios del tejido conectivo y necrosis focal. Los más comunes son:
 - Plexopatía braquial (brazo).
 - Plexopatía lumbosacra (área lumbar).
 - Mielopatía.

Hay adormecimiento, hormigueo, dolor difuso generalizado con distribución metamérica o dolor neuropático. Si afecta a un nervio periférico los síntomas pueden aparecer meses o años después del tratamiento.

- **Síndrome doloroso post-quimioterapia:**

- Dolor de extravasación: Se puede provocar una necrosis de tejidos blandos y ulceración con infección secundaria provocando una fibrosis postcicatrizal con impotencia funcional, dolor intenso y difícil tratamiento que generalmente será quirúrgico con limpieza de herida e injerto de piel. El fármaco más tóxico localmente es la adriamicina.
- Polineuropatía dolorosa periférica: Sobre todo se produce con citostáticos como el cisplatino, alcaloides de la vinca (vincristina y vinblastina) y taxol.
- Mucositis dolorosa: Comienza a los 3-5 días de comienzo del tratamiento con un pico máximo de 7-10 días y se va mejorando en la siguiente semana. El citostático es la adriamicina y los signos son: disminuye el grosor de la mucosa, queratinización, desprendimiento de la capa superficial y ulceración.
- Dolor tumoral con la infusión: No se sabe el mecanismo de acción y está en estudio. Los fármacos son el Navelbine y Oxaliplatino.
- Dolor no neoplásico: En un 3% de pacientes el dolor preexistente o no asociado a benigno hace que aumente o empeore el dolor actual, seguramente por sensibilización anterior de neuroreceptores endógenos. Ejemplo: neuralgia postherpética, osteoporosis con aplastamiento vertebral, síndromes miofasciales, etc.

3.14.9.2. *Evaluación del dolor*

La falla en evaluar el dolor es un factor crítico que lleva a un tratamiento deficiente. La evaluación implica tanto al clínico como al paciente. Deberá hacerse:

- A intervalos regulares después de la iniciación del tratamiento.
- A cada informe nuevo de dolor.
- A cada intervalo conveniente después de una intervención farmacológica o no farmacológica, por Ej., de 15 a 30 minutos después de terapia parenteral con el fármaco y una hora después de la administración oral.

La identificación de la etiología del dolor es esencial para su control. Los clínicos que tratan pacientes con cáncer deberán reconocer los síndromes comunes de dolor del cáncer debidos a neuropatía periférica .

3.14.9.3. *Evaluación inicial*

La meta de la evaluación inicial del dolor es la de caracterizar el dolor según ubicación, intensidad y etiología. Son esenciales para una evaluación inicial:

Historia medica detallada, examen físico, evaluación psicosocial, evaluación de diagnostico.

3.14.9.4. *Informe del paciente mismo*

El apoyo principal de la evaluación del dolor es el informe del paciente mismo. Para mejorar el control del dolor a través de todas las situaciones, el personal de salud deberá enseñar a las familias a usar instrumentos de evaluación del dolor en sus casas. El clínico deberá ayudar al paciente a que describa:

- **Dolor:** Escuche las palabras descriptivas del paciente acerca de la calidad del dolor; ellas proporcionan pistas valiosas en cuanto a su etiología. Ejemplos de escalas sencillas de la intensidad del dolor en los informes del paciente sobre su propio dolor son las escalas descriptivas sencillas, numéricas y análogas visuales.
- **Ubicación:** Pida al paciente que indique la ubicación exacta del dolor en su cuerpo o en un diagrama del cuerpo y pregunte si el dolor se irradia.
- **Intensidad o severidad:** Anime al paciente a que mantenga un diario de los grados de intensidad del dolor para que de un informe durante las visitas de seguimiento o por teléfono.
- **Factores agravantes y mitigantes:** Pregunte cuando experimenta el paciente mas dolor y cuando menos dolor
- **Respuesta cognitiva al dolor:** Fíjese en la conducta que sugiera dolor en los pacientes que están incapacitados cognitivamente o que tienen problemas para comunicarse con respecto a la educación, idioma, grupo étnico o cultural. Use instrumentos apropiados (p. Ej., mas sencillos o traducidos) de evaluación del dolor.

- **Metas para el control del dolor:** Documente el instrumento preferido por el paciente para la evaluación del dolor y las metas para el control del dolor (como grados en una escala de dolor) en la historia del dolor del paciente.

3.14.9.5. *Evaluación de seguimiento*

La evaluación constante del dolor del cáncer es fundamental. Los cambios en el patrón del dolor o el desarrollo de dolor nuevo deberán activar una evaluación de diagnóstico y modificación del plan de tratamiento. El dolor persistente indica la necesidad de considerar otras etiologías (p. Ej., relacionadas con la progresión o tratamiento de la enfermedad) y tratamientos alternativos (quizá más invasores).

3.14.10. Control farmacológico

La terapia con fármacos es fundamental en el control del dolor del cáncer. Es efectiva, relativamente de bajo riesgo, barata y generalmente funciona rápidamente. Un principio esencial del uso de medicamentos para controlar el dolor del cáncer es el de individualizar el régimen al paciente. La sustitución de los fármacos dentro de una categoría, se deberá tratar antes de cambiar de terapia:

- Usar primero lo más sencillo en cuanto a horarios, dosificación y modalidades menos invasoras de control del dolor.
- Para dolor leve a moderado, usar (a menos que este contraindicado) aspirina, acetaminofen o un fármaco antiinflamatorio no esteroide.
- Cuando el dolor persiste o aumenta, añadir un opiáceo
- Si el dolor continua o se convierte en moderado o severo, aumentar la potencia o la dosis del opiáceo
- Programar las dosis en un horario regular, para mantener el nivel del fármaco que ayudara a prevenir la recurrencia del dolor.
- Se debe administrar los medicamentos para el dolor del cáncer a largo plazo durante las 24 horas del día, con dosis adicionales "según sea necesario."

En primer lugar, se le prescriben al paciente los analgésicos de primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos de segundo escalón combinados con los de primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se pasará a los opioides potentes combinados con los de primer escalón más algún coadyuvante si es necesario; la morfina es el único analgésico que no tiene techo, esto es, a mayor dolor más dosis de medicación sin dosis tope.

¡IMPORTANTE!: Nunca mezcle los opioides débiles (Codeína, Tramadol) con los opioides potentes (Morfina), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

3.15. ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS EN PACIENTES CON CÁNCER EN FASE TERMINAL

3.15.1. Primer escalón

Analgésicos periféricos no opioides

- **ASPIRINA:** Actúa mediante la inhibición de la síntesis de las prostaglandinas. Su vida media es de 3 a 6 horas. Es muy efectiva en los dolores óseos. Efectos secundarios: irritación gástrica, dolor epigástrico, hipoacusia, prurito. Dosis máxima: 1 gr. cada 4 horas. Normalmente se utiliza un derivado de la aspirina que es el acetilsalicilato de lisina debido a que tiene menos efectos secundarios a nivel gástrico.
- **PARACETAMOL:** No tiene actividad anti inflamatoria. Su vida media es de 3 a 4 horas. Dosis máxima: 1 gr. cada 4 horas. Nombres comerciales: Termalgin (comp. de 500 Mg.), gelocatil (comp. de 650 Mg.) febrectal (sup. de 600 Mg.).
- **METAMIZOL:** Por su actividad espasmolítica es muy efectivo en los dolores viscerales. Dosis máxima: 8 grs. diarios. Nombre comercial: Nolotil (cápsulas de 500 Mg., supositorios de 1 gr. y ampollas de 2 gr.). las ampollas se pueden dar por vía oral (mezclarlas con alguna bebida, pues son amargas).
- **IBUPROFENO:** Buena analgesia en picos dolorosos. Se pueden dar hasta 3 dosis consecutivas con un intervalo de media hora cada una. Dosis máxima: 2400 Mg. diario. Nombre comercial: Espidifen (sobres granulados 400 Mg.), Neobrufen (comp. de 400 y 600 Mg.).

3.15.2. Segundo escalón

- **CODEÍNA:** Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, mareos. Dosis máxima: 60 Mg. cada 4 horas. Nombres comerciales: Codeisan (comp., jarabe y sup.)
- **DIHIDROCODEINA:** Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, mareos. Dosis habitual: 1 comprimido cada 12 horas. Los comprimidos deben tragarse completos sin masticar. Dosis máxima: 2 comprimidos cada 12 horas. Nombre comercial: Contugesic (60 Mg. de tartato de dihirocodeína).
- **TRAMADOL:** Agonista opioide con menores efectos secundarios (menos astringente y menor acción anhistusígena). Dosis habitual: 50/100 Mg. cada 6-8 horas o bien 100-150-200 Mg. cada 12 horas.

3.15.3. Tercer escalón

- **MORFINA:** Es el fármaco de elección. Indicaciones: dolor intenso, disnea, tos, diarrea. Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, astenia, sudoración, confusión, obnubilación. Vida media: la forma oral soluble (solución acuosa de morfina) y la forma oral sólida de liberación inmediata (Sevredol) tienen una vida media de 4 horas. En cambio, la forma oral de liberación controlada (MST Continuos) tiene una vida media de alrededor de 12 horas. Presentaciones, vías de administración y dosificación: Forma oral soluble: solución acuosa de morfina: esta forma no está comercializada y debe ser preparada por el farmacéutico. Las dosis deben ser administradas cada 4 horas. Forma oral sólida de liberación inmediata: Sevredol. Forma oral de liberación retardada: MST Continuos. Ampollas y viales de Cloruro Mórfico.

3.15.4. Dosis al inicio del tratamiento con morfina.

Tratamiento en casos de episodios de dolor aislados durante el tratamiento con morfina de liberación retardada. Presentaciones: comprimidos de 10 y 20 Mg. Administración: cada 4 horas. Los comprimidos de Sevredol pueden ser triturados para su disolución en agua.

Forma parenteral: Cloruro mórfico: Presentaciones: ampollas de 0,01 gr. (1ml=10mg), ampollas de 0,2 gr. y viales al 2% de 2 ml (40 Mg.) y 20 ml (400 Mg.).

Cuando se está tratando al paciente por vía oral y se decide pasar a vía parenteral hay que administrar de 1/3 de la dosis que está tomando; si se pasa a vía subcutánea, se administrará la $\sim/2$. Esto es debido a que la morfina oral sólo se absorbe de un 30 a un 35% de la dosis administrada. Formas de administración: iv, sc, mi. Dosificación: cada 4 horas. Si se hace en infusión continua se consigue mayor eficacia analgésica y menos efectos secundarios.

- **FENTANILO:** Opioide de síntesis que se comporta como un agonista puro. Indicaciones: control del dolor crónico intenso. Presentaciones: ampollas (Fentanest); su uso está limitado prácticamente a anestesia. Parches transdérmicos: Durogesic de 25, 50 y 100 mcgr / h; liberan Fentanilo de forma continuada durante 3 días. Se tarda unas 10-15 horas en conseguir analgesia y, al retirarlo, su efecto permanece durante 17 horas. Por este motivo deben usarse en pacientes con síntomas relativamente estables y que no toleren la morfina. Equivalencia: Parche de 100 mcg / h equivale a 2-4 Mg. / h de Morfina iv y a 60-90 de MST cada 12h.

3.15.5. Medicación coadyuvante

Son una serie de medicamentos que se pueden utilizar conjuntamente con los analgésicos habituales para intensificar o complementar su acción.

- **Corticoides:** Usos generales: aumenta el apetito, disminuye la astenia, aumenta la sensación de bienestar. Usos como analgésicos: en el aumento de la presión intracraneal, en la compresión nerviosa, en la compresión medular, dolor óseo. Usos específicos: fiebre y sudoración, síndrome de vena cava superior. Efectos secundarios: insomnio, Candidiasis oral. Dosificación y formas de presentación: en procesos menores como la fiebre, la sudoración, la anorexia, etc., se puede utilizar de 2 a 4 Mg. diarios de Dexametasona; en procesos mayores, como el síndrome de compresión medular o el síndrome de vena cava superior, se pueden dar de 16 a 24 Mg. diarios. El más empleado es la dexametasona, por su potencia y la ausencia de efectos mineralocorticoides asociados. El nombre comercial es Fortecortin (comprimidos de 1 Mg., ampollas de 4 y de 40 Mg.)
- **Antidepresivos:** El más utilizado por su efecto analgésico es la Amitriptilina. Se puede emplear en la depresión, la incontinencia y el espasmo de vejiga, pero sobre todo en el dolor disestésico superficial; un ejemplo es la neuralgia

- **Anticonvulsivantes:** El más utilizado es la Carbamacepina y se emplea en el dolor neuropático que se presenta “en sacudidas”. El ejemplo típico es la neuralgia del trigémino.
- **Fenotiacidas:** La Clorpromacina es el principio. Normalmente se pueden dar de 75 a 150 Mg. diarios repartidos en 3 tomas; la vía parenteral o subcutánea se emplea para el tratamiento de vómitos continuos o para la sedación terminal.
- **Haloperidol:** Indicaciones: antiemético, antipsicótico, ansiolítico

3.16. VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

- **Oral**
 - Vía periférica para los analgésicos; los pacientes mantienen el control.
 - Permite una mayor movilidad.
 - Los niveles máximos del fármaco se obtienen en 1 o 2 horas.
 - Facilidad para la administración.
 - Efectivo en relación con los costos.
- **Transmucosa**
 - Solo se indica para uso hospitalario como preanestésico o para la sedación consciente.
 - La unidad se construye como un pirulí de caramelo para chupar (no para masticar).
 - Disponible como Fentanil.
 - Solo para uso a corto plazo.
- **Rectal**
 - Buena en los pacientes que no deben recibir nada por vía oral, con náuseas o incapacidades de deglutir.
 - Puede ser más costosa que la vía oral y más difíciles de obtener.
 - Con frecuencia la dosis se calcula en una proporción 1:1 con relación a la vía oral.
- **Transdermica**
 - Buena en los pacientes que estén en ayunas, con náuseas o incapaces de deglutir.
 - En un comienzo, se requieren 14 a 24 horas para alcanzar el nivel máximo; su acción dura cerca de 17 horas después de discontinuarla.

- Un parche de Fentanil dura de 2 a 3 días.
 - Fácil de administrar.
 - Difícil de dosificar.
 - Los anestésicos locales (Lidocaina al 2,5% y Prilocaina al 2,5% (EMLA)) pueden usarse para lesiones cutáneas y mucosas (como Neuralgia Posherpetica y úlceras).
 - La Capsaicina (0,025%) puede causar una sensación urente después de su aplicación; se usa cuatro veces al día.
- **Infusión Subcutánea**
 - Proporciona administración parenteral prolongada de narcóticos y bolos intermitentes.
 - Evita las inyecciones repetidas.
 - Evita la aparición de niveles máximos y mesetas en el torrente sanguíneo.
 - Evita la necesidad del acceso intravenoso.
 - Fácil de manejar en el hogar.
 - Se recomienda en los pacientes con Cáncer que no puedan recibir nada por vía oral.
 - Requiere el uso de bombas de infusión con alarmas.
- **Analgesia controlada por el paciente (ACP)**
 - Permite al paciente recibir un bolo intravenoso predeterminado de un narcótico mediante una bomba.
 - Le ofrece al paciente un sentido de control y una menor ansiedad.
 - Logra un alivio rápido del dolor.
 - El paciente puede requerir una menor cantidad de narcótico.
 - Elimina la necesidad de inyecciones repetidas.
- **Infusión Continua por vía I.V.**
 - Mantiene constantes los niveles sanguíneos.
 - No produce niveles máximos ni mesetas en los niveles sanguíneos.
 - Se recomienda es imposible controlar el dolor por vía oral o rectal con altas dosis de narcóticos o cuando tampoco pueden usarse estas vías de administración.
 - Requiere bombas de infusión con alarmas.
- **Bolo I.V.**
 - Bueno para el alivio del dolor agudo y durante los procedimientos.
 - Su acción esta mas inmediata, pero también la mas corta.
 - No se recomienda para el dolor constante por los niveles máximos y mesetas que produce en el torrente sanguíneo.

- **Inyección I.M.**
 - Debe usarse principalmente en el dolor a largo plazo.
 - Su administración es dolorosa; es necesario rotar los lugares de inyección.
 - No se recomienda para el dolor crónico a largo plazo, en especial el producido por el cáncer.
 - No se recomienda en los niños, pacientes débiles y agotados, ni en los enfermos que han perdido masa muscular.

- **Administración espinal.**
 - Epidural
 - Dosis: 5 – 10 Mg. de Morfina.
 - Alivio del dolor: 12 – 24 horas.

 - Intratecal (Subaracnoide)
 - Dosis: 0,5 – 1,0 Mg. de morfina.
 - Alivio del dolor: Hasta 36 horas.
 - El narcótico (usualmente morfina) se administra a través de un catéter dentro del espacio epidural o intratecal.
 - Puede ser bolo intermitente o mediante bomba de infusión continua.
 - Es importante seleccionar con cuidado a los pacientes por que el procedimiento es costoso y puede ser peligroso.
 - Los efectos secundarios incluyen nauseas, vomito, prurito, sedación, retención urinaria, depresión respiratoria.
 - Puede producir infección o meningitis.

3.17. BARRERAS EN EL TRATAMIENTO ADECUADO DEL DOLOR

3.17.1. Falta de conocimientos.

Según estudios realizados se ha comprobado que a los profesionales de la salud les faltan conocimientos sobre el tratamiento del dolor, lo que ha ocasionado que este no sea optimo en los enfermos con Cáncer; ya que no perciben la falta de dichos conocimientos.

Los programas de educación básica o continua por lo general no enseñan a valorar el dolor ni a usar las diferentes modalidades de tratamiento en especial los medicamentos, de manera adecuada, las dosis equivalentes, las nuevas vías de aplicación o los principios de la administración programada. Además considera que los pacientes se pueden volver adictos a los opiáceos.

En otro estudio se encontró que uno de los factores que afecta el cumplimiento del paciente con el tratamiento es el costo de los medicamentos.

Se dice que el tratamiento del dolor del cáncer solo a tenido resultados limitados e insatisfactorios, y se propone incluir la educación sobre este tema en el pregrado en vez de aplazarla hasta los estudios de postgrado.

Con el conocimiento y la tecnología actuales el profesional de enfermería puede ayudar a los pacientes y a sus familiares a lograr mejores resultados en el alivio del dolor¹.

3.17.2. Regulación

Existen conceptos erróneos sobre las normas legales que rigen el uso de narcóticos, lo que restringe su prescripción aun cuando no son necesarios para el alivio exitoso del dolor.

En un estudio se encontró que el 18% de los médicos consideran que el exceso de regulaciones sobre el uso de analgésicos narcóticos es un obstáculo para el control del dolor del Cáncer.

3.17.3. Mitos y conceptos erróneos

En la población y algunos profesionales de la salud tienen muchos mitos y conceptos erróneos sobre el alivio del dolor del Cáncer, los cuales ahora comienzan a tratarse; algunos de ellos son:

- La persona que toma analgésicos puede volverse adicta a ellos con facilidad.
- En realidad no es posible aliviar el dolor en el Cáncer, ya que este hace parte de la enfermedad.
- Los “Fármacos Fuertes” deben reservarse hasta que el paciente este “Verdaderamente Mal” o cuando ya no halla mas recursos.
- Las inyecciones son mas fuertes que las píldoras.
- Si se administran opiáceos con regularidad la muerte sobrevendrá mas pronto como resultado de la represión respiratoria.

¹ Otto E. Shirley. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

Negar la existencia del dolor puede ser un mecanismo de defensa cuando el paciente considera que su presencia en un inicio de que la enfermedad ha avanzado. Esto debe evaluarse a la luz de otros factores, como por ejemplo, una personalidad estoica, las creencias culturales y actitudes. El profesional de la salud debe discutir los mitos y preceptos erróneos en la valoración inicial del dolor y las valoraciones posteriores.

3.18. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR

Las enfermedades pueden enseñar al paciente y su familia muchas actividades que ayuden a reducir el dolor. Estas intervenciones son muy efectivas cuando el dolor es leve, pero también pueden utilizarse como ayudantes de la terapia farmacológica cuando el dolor es moderado.

La mayoría de las intervenciones son económicas y fáciles de realizar. La mayoría son de bajo riesgo, tienen pocos efectos secundarios y, lo más importante, permiten que el paciente tenga un poco de control sobre el dolor.

Los métodos no invasivos de alivio del dolor son útiles solos o en combinación con la terapia farmacológica. Las técnicas mecánicas consisten en procedimientos de estimulación cutánea (contacto terapéutico, presión, calor, frío, masaje y electroestimulación nerviosa transcutánea); las conductuales incluyen distracción, imaginación dirigida, visualización, música, humor, oración, educación, terapia lúdica, biorretroalimentación e hipnosis).

3.18.1. Intervenciones mecánicas no invasivas

- **Estimulación Cutánea:** Consiste en cualquier actividad que estimule la piel con el propósito de aliviar el dolor, por ejemplo El Masaje.
- **Calor y frío:** Como la aplicación de calor y frío es tan común y debido a que se ha utilizado durante tanto tiempo, las enfermeras deben subestimar su importancia en el control del dolor. El calor proporciona comodidad y relajación, mientras que el frío produce adormecimiento y disminuye el dolor ocasionado por sustancias (como la bradiquinina, el potasio y el ácido láctico). Tanto el calor como el frío disminuyen el dolor y los espasmos musculares.

- **Electroestimulación Nerviosa Transcutánea (TENS):** Este procedimiento consiste en un dispositivo de bolsillo que funciona con baterías y mediante electrodos, suministra una corriente eléctrica continua y leve a la piel. Por lo general, los electrodos se colocan en la zona donde el paciente siente el dolor o alrededor de ella. El dispositivo estimula las células nerviosas grandes que “cierran” la compuerta. La unidad TENS tiene varios botones para que el paciente pueda ajustar la intensidad, la frecuencia y la amplitud de pulso (duración) para lograr una sensación calmante y placentera.

3.18.2. Intervenciones conductuales

Las intervenciones conductuales tienen como objetivo enfocar la mente de la persona en algo diferente a la sensación dolorosa. Son efectivas por que ayudan a disminuir la ansiedad, dependen de la preferencia de los pacientes y solo da resultado si la persona cree en ellas.

Para que estas intervenciones sean efectivas, la enfermera debe explorar las áreas de interés del paciente, determinar cuales tienen significado y averiguar si el enfermo cree que el enfoque ayudara a aliviar el dolor.

- **Relajación:** Consiste en verse relativamente libre de ansiedad y tensión muscular. Algunos ejemplos incluyen la distracción, la respiración rítmica, la visualización de imágenes apacibles, el entorno tranquilo y la repetición.
- **Distracción:** Consiste en centrar la mente en estímulos diferentes a la sensación del dolor, que generalmente se lleva a cabo sin que el paciente se de cuenta de que es una forma de analgesia, ayuda a alterar la capacidad del paciente a tolerar el dolor, algunos ejemplos incluyen la música (distracción auditiva), tamborilear con los dedos (distracción táctil), la televisión o las flores (distracción visual), las visitas y el humor.
- **Imaginación Dirigida y visualización:** Consiste en imaginar o visualizar situaciones placenteras para mantener la mente ocupada y reducir el dolor. El foco de atención puede ser la persona cercana, un lugar favorito, un suceso pasado agradable o cualquier cosa que proporcione placer al pensar en ella. Algunos ejemplos incluyen vaciar bolsas de arena, exhalar el olor y pensar en bolsas de energía con poder curativo.

- **Música:** Sirve para desviar el pensamiento de la sensación del dolor. Es necesario explorar los gustos del paciente para seleccionar la música apropiada.
- **Sentido del Humor:** La risa sirve para distraer a los pacientes. El humor, además de brindar entretenimiento inmediato, puede proporcionar un alivio prolongado del dolor hasta por 2 horas.
- **Oración:** La oración ayuda al paciente a comunicarse con un ser superior, es obvio que es necesario explorar las creencias religiosas del paciente.
- **Terapia de Juego:** Los juegos y los juguetes son especialmente útiles en los niños, aunque también lo son en los adultos. El juego consiste en hacer que la persona participe física y mentalmente en una actividad que la entretenga, los muñecos sirven para desviar la atención de los niños del dolor, para los adultos, un juego de mesa puede surtir el mismo efecto.
- **Biorretroalimentación:** Consiste en la capacidad de alterar las funciones corporales (frecuencia cardíaca, presión arterial y relajación muscular) mediante el enfoque mental intencional, lo cual requiere habilidad de un profesional entrenado en esta técnica.
- **Hipnosis:** Consiste en utilizar la psicoterapia para alterar los componentes efectivo y sensorial del dolor, modificando así las percepciones del dolor que tiene el paciente. La hipnosis se ha utilizado para reducir el estrés.

3.19. ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN FASE TERMINAL

3.19.1. Insuficiencia cardíaca congestiva

- **Definición:** Es la incapacidad del corazón para impulsar sangre suficiente con el fin de cubrir las necesidades de oxígeno y nutrientes de los tejidos.
- **Manifestaciones Clínicas**
 - Dificultad para respirar.
 - Dificultad para respirar por las noches.
 - Dificultad para respirar en reposo.

- Edema pulmonar (inflación de los pulmones).
 - Ortopnea (imposibilidad de respirar cómodamente).
 - Tos seca frecuente en especial al estar acostado.
 - Cansancio y debilidad.
 - Nicturia (frecuentes ganas de orinar en las noches).
 - Oliguria (escasa cantidad de orina).
 - Taquicardia (aumento de la FC. (pulso).
 - Ruidos pulmonares.
 - Aumento de peso.
 - Anorexia.
 - Abdomen inflamado (ascitis).
 - Venas del cuello aumentadas,
 - Crecimiento de tamaño del hígado.
 - Tos.
 - Disnea.
- **Cuidados**
 - Reposo absoluto para disminuir el trabajo del disminuye corazón y la presión arterial.
 - Cambios de posición: Elevar la cabeza a unos 20 a 30 cm, o posición cómoda en una silla (disminuye el retorno venoso del corazón y los pulmones y se alivia la congestión pulmonar).
 - El paciente que solo puede respirar en una sola posición (Ortopnea), puede sentarse en un extremo de la cama con los pies apoyados en una silla, la cabeza y los brazos recargados en una mesa más alta que la cama y la espalda apoyada en una almohada.
 - Alivio de la angustia: Los sujetos con insuficiencia cardiaca tienden a sufrir angustia e inquietud porque no pueden conservar la oxigenación adecuada de los tejidos y se sienten ansiosos por la dificultad para respirar. Estos síntomas se intensifican durante la noche.
 - Elevar la cabeza y dejar encendida una lámpara nocturna.
 - Presencia de algún familiar para generar tranquilidad al paciente.
 - Puede administra oxígeno en la fase aguda para disminuir el trabajo de la respiración y mejorar la comodidad del paciente.
 - El paciente puede dormir en un sillón con brazos ya que mejora la circulación cerebral.
 - Proporcionar comodidad física y evitar situaciones que provoquen angustia y agitación.
 - Realizar cambios de posición cada 2 horas y colocar almohadas para así evitar zonas de presión, embolia pulmonar (coágulos en el pulmón), usar medias elásticas y ejercicios en miembros inferiores.
 - Proporcionar una dieta adecuada:

- Ingerir menor cantidad de sal. Dieta hiposodica e hipograsa
- Dieta baja en grasa. Dieta hipograsa
- Disminuir la cafeína¹.

3.19.2. Embolia pulmonar

- **Definición:** Es la obstrucción de una o más arterias pulmonares por un trombo (coagulo) que nace en cualquier parte del sistema venoso.
- **Manifestaciones Clínicas**
 - Dolor torácico (dolor en el pecho).
 - Dificultad para respirar.
 - Respiraciones muy rápidas (Taquipnea).
 - Tos.
 - Sudoración frecuente (diaforesis).
 - Tos con sangre (hemoptisis).
 - Desmayos.
- **Cuidados**
 - Asistir al paciente en caminar y realizar ejercicios activos (trabajar) y pasivos (bañarse) en las piernas para evitar una desaceleración del flujo sanguíneo causado por el reposo en cama.
 - Instruir al paciente para que mueva los miembros inferiores con ejercicios para que los músculos de la zona mejoren la corriente venosa.
 - Educar al paciente sobre la importancia de no estar sentado o inmóvil por mucho tiempo, cruzar las piernas y usar ropa muy pegadas: explicarle que los pies deben estar apoyados en el suelo y /o en una silla.
 - Proporcionar tranquilidad mediante un ambiente armonioso (disminuye la angustia, temor y ansiedad).
 - Realizar cambios en posición durante períodos prolongados de reposo).

¹ Otto E. Shirly. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

3.19.3. Derrame pleural

- **Definición:** Es la acumulación de líquido en la capa que cubre el pulmón, puede ser líquido claro, pus (*materia*) o sangre.

- **Manifestaciones**

Dependen de la cantidad de líquido acumulado, si es poca cantidad no aparecen síntomas, si es mucha cantidad, causa dificultad para respirar, aumento del número de respiraciones y respiraciones superficiales.

Si hay exagerada acumulación de líquido se puede presentar coloración azul o morada de labios y uñas, sudoración, dolor en los pulmones y abultamiento de los espacios entre las costillas.

3.19.4. Disnea

- **Definición:** Es la sensación desagradable de dificultad para respirar. El paciente la describe como “tengo fatiga”. “no puedo respirar”, “no me entra el aire en los pulmones”.

Su origen es multifactorial y muchas veces los mecanismos fisiopatológicos que lo provocan no son conocidos.

Con frecuencia es uno de los síntomas que más angustian, tanto al enfermo como a la familia o personas que rodean al paciente. Aproximadamente el 70% de los enfermos con Cáncer Terminal (Expectativa de vida menor de seis meses) presentan disnea durante las últimas semanas de vida.

Existen diferentes factores desencadenantes de la disnea, entre los que se destacan: tos, hipo, distensión, fiebre, escalofrío, esfuerzo, posición, sufrimiento, el cual conlleva a la angustia y a la depresión.

- **Cuidados:**

- Proporcionar acompañamiento para disminuir la angustia y depresión al paciente ocasionados por la enfermedad.
- Disminuir la ansiedad proporcionando medios de distracción (Entablar una conversación con la paciente, televisión, música, lectura, etc).
- Proporcionar una posición cómoda como lo es la semiflower (Semisentado), para permitir una mejor respiración, proporcionando comodidad.
- Proporcionar periodos de reposo para disminuir la fatiga.

- Enseñar técnicas respiratorias con el fin de reducir los periodos de dificultad respiratoria (respiración profunda: Tomar aire por la nariz y votarlo por la boca).
- Incentivar al paciente para que utilice ropa suelta que no impida el movimiento o la respiración.

3.19.5. Tos

- **Definición:** Es un reflejo fisiológico que sirve para depurar las vías respiratorias eliminando al exterior las secreciones anormales y materias extrañas.

Cualquier proceso patológico que estimula los receptores de la tos a cualquier nivel o el centro tusígeno puede producir tos. Por lo tanto, la tos es un síntoma inespecífico de multitud de procesos patológicos.

Las incidencia de la tos en los enfermos oncológicos es del 80% en aquellos pacientes con Cáncer de pulmón, y del 50% en todos los pacientes con Cáncer avanzado de cualquier localización, ya que el debilitamiento acompañante impide que puedan ser aclaradas eficazmente las secreciones del árbol respiratorio.

- **Cuidados**
 - Humidificación, percusión del tórax y drenaje postural.
 - Administrar mucolíticos y expectorantes.
 - Mejorar la eficacia de la tos pidiéndole a los pacientes que se incorporen para toser.

3.19.6. Dolor torácico

- **Definición:** De etiología múltiple y diagnostico diferencial fundamental para distinguir lesiones que requieren tratamiento inmediato; aunque su presencia, debe asumirse que la causa es grave, hasta demostrar lo contrario. La evaluación diagnostica inicial se basa en la anamnesis, los hallazgos del examen físico, los RX de Tórax y la ECG.

3.19.7. Neuralgia aguda de trigémino

- **Definición:** Dolor constante, generalmente en cara, provocado a lo largo de un trayecto nervioso, se produce por un daño en las fibras de las raíces nerviosas.
- **Manifestaciones**
 - Dolor en boca y encías.
 - Dolor en mejillas, nariz y cabeza.
- **Cuidados**
 - Realizar estimulación cutánea por medio de la aplicación de compresas calientes (Ayuda a la relajación muscular y la disminución del dolor).
 - Compresas frías (Ayuda a que se disminuya la percepción del dolor por la sensación de frío).
 - Realizar masajes con las yemas de los dedos en la parte afectada (El masaje relaja la tensión muscular y contribuye a mejorar el dolor).
 - Realizar visualización dirigida, el paciente utiliza su imaginación para crear imágenes que concentran la atención en un punto distinto de la sensación del dolor, (la distracción hace que se disminuya el dolor).

3.19.8. Náuseas o vomito

- **Definición:** Las náuseas pueden presentarse precediendo al vómito o aisladamente. Pueden desencadenarse por varios mecanismos: emocionales, aumento de la presión intracraneana, estímulos sensoriales, alteración funcional o anatómica gastrointestinal, dolor acentuado, efecto colateral de fármacos, estímulo vestibular.
- **Manifestaciones:**
 - Anorexia
 - Diarrea
 - Estreñimiento
 - Dolor abdominal
 - Fiebre
 - Cefalea
 - Perdida de peso
- **Cuidados**
 - Líquidos y dieta que sean tolerables
 - Posición Adecuada (Adoptada por el paciente)

- Medicamentos antieméticos populares o prescritos

3.19.9. Anorexia

- **Definición:** Es la pérdida del apetito debido a las alteraciones del gusto, manifestadas por la intensidad de sabores salado, amargo y dulce.
- **Manifestaciones clínicas**
 - Dolor al tragar
 - Náuseas y vómito
 - Boca seca
 - Diarrea
 - Estreñimiento
- **Cuidados**
 - El paciente debe comer poco, y con frecuencia, y las comidas deben ser atractivas.
 - Animar al paciente a comer una dieta alta en calorías y proteína; y proporcionarle suplementos proteínicos.
 - Pesar al paciente rutinariamente; con la frecuencia determinada por condición de los pacientes.
 - aconsejar al paciente que evite olores y sabores poco atractivos.
 - Proporcionar un ambiente cómodo y sin estrés, anime a que descanse antes y después de las comidas.
 - Consultar al nutricionista.

3.19.10. Caquexia

- **Definición:** La Caquexia Tumoral es un síndrome característico por anorexia, astenia y pérdida progresiva de peso por consunción de los tejidos corporales. A diferencia de otros tumores del adulto, el cáncer de mama metastásico a menudo no origina caquexia importante en las primeras fases de la enfermedad.

Se desconocen los mecanismos íntimos de la caquexia tumoral aunque se ha sugerido que podría estar mediada en parte por una proteína, la caquexia, de estructura similar al factor de necrosis tumoral.

El tratamiento nutricional hipercalórico en los enfermos con caquexia por cáncer de mama metastásico no presenta un interés terapéutico, ya que no modifica el curso de la enfermedad ni proporciona bienestar a las enfermas. Por el contrario la reversión de la anorexia sí puede suponer una importante ayuda psicológica para las pacientes que viven éste síntoma como estigma de su enfermedad.

- **Manifestaciones**

- Debilidad.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de masa muscular.
- Dolor.

- **Cuidados**

- Administrar líquidos orales
- Administrar dietas ricas en calorías y proteínas.
- Realizar correcta higiene bucal.
- Preparar alimentos que sean del agrado del paciente y que sean fáciles de digerir.

3.19.11. Anemia

- **Definición:** Es la poca cantidad de glóbulos rojos los cuales transportan o llevan el oxígeno a los tejidos del cuerpo.

- **Manifestaciones**

- Cansancio y debilidad.
- Malestar general.
- Palidez de la piel.
- Dolor de cabeza,
- Dificultad para respirar.
- Aumento del pulso.
- Aumento de respiraciones.
- Fiebre.
- Dificultad para dormir.
- Morados en brazos y piernas.
- Hormigueo en pies y manos.
- Infecciones.
- Incapacidad para concentrarse.

- Palpitaciones.
- Percepción de ruidos extraños.
- Pérdida de peso.
- **Cuidados**
 - Fomentar el reposo y asistir con ejercicios pasivos y actividades dirigidas para preservar la energía del paciente según el grado de debilidad y cansancio.
 - Proporcionar alimentos como vísceras, hígado de res, pollo, frijoles, garbanzos, vegetales, ya que estos contienen alto contenido de hierro con una fuente de vitamina C y favorece la absorción.
 - Proporcionar dieta equilibrada (no realizar dietas para bajar de peso). Proteínas, calorías, frutas y verduras.
 - Estimular al paciente para que conserve la fuerza física y emocional.
 - Fomentar los períodos de reposo y lograr el apoyo de los familiares para que el entorno del paciente sea favorable.
 - Fomentar al paciente a caminar según la resistencia de este.
 - Tomar medidas de seguridad para prevenir caídas como resultado de incoordinación y debilidad.
 - Elevar la cabecera de la cama y uso de almohada adicional en caso de presencia de dificultad respiratoria.
 - Cuando se diagnosticado trombocitopenia (disminución de plaquetas), es preciso tomar todas las precauciones posibles contra traumatismos menores incluidas las inyecciones subcutáneas e intramusculares.
 - Educar al paciente sobre:
 - Las sales de hierro con frecuencias cambien el color de las heces a verde oscuro o negro, las formas líquidas de hierro manchan los dientes de manera que es adecuado tomar los medicamentos con agua, además deben tener una higiene adecuada de la boca.
 - Proporcionar cambios de posición si el paciente presenta parálisis para disminuir zonas de presión.
 - Brindar apoyo emocional y comodidad al paciente ya que esto disminuye su ansiedad.

3.19.12. Hipercalcemia

- **Definición:** Es el aumento de la cantidad de calcio presente en la sangre. La Hipercalcemia es una complicación frecuente del cáncer de mama metastásico (CM1M), en especial en las pacientes con metástasis Osteolíticas de larga evolución, entre las cuales cerca del 40%, terminan presentando éste

problema. La hipercalcemia se debe a liberación del calcio óseo como consecuencia de la metástasis, pero en algunas pacientes sin metástasis óseas parece implicado un mecanismo humoral. La clínica de hipercalcemia se caracteriza por náuseas, vómitos, estreñimiento y fatiga. Si las cifras de Calcio alcanzan niveles elevados puede llegarse a coma e insuficiencia renal, y la paciente puede fallecer. La hipercalcemia leve puede ser tratada ambulatoriamente, mientras que la grave precisa de un tratamiento urgente en régimen de hospitalización. Las medidas de corrección de la hipercalcemia son de dos tipos: Aquellas encaminadas a producir la eliminación renal de calcio (Hidratación profilisa con suero salino, seguida de Furosemida) y aquellas encaminadas a impedir su reabsorción. Las primeras son de uso obligatorio en la primera fase del tratamiento, mientras que las segundas tienen por finalidad controlar el proceso causal de resorción ósea.

- **Cuidados**

- Reducir la ingesta de calcio.
- Cambios de posición constantes para prevenir úlceras en la piel.
- Coger cuidadosamente al paciente para prevenir fracturas.
- Aplicar medidas de seguridad si está afectado su estado mental.

3.20. TRASTORNOS INTESTINALES

3.20.1. Incontinencia fecal

- **Definición:** La incontinencia se refiere a la pérdida de la capacidad voluntaria para controlar las descargas fecales y gaseosas a través del esfínter anal. La incontinencia puede ocurrir en momentos específicos, como después de las comidas o irregularmente.
- **Cuidados**
 - Programa planificado reeducación intestinal, estableciendo un horario regular.
 - Cuidado meticuloso de la piel para reducir el riesgo de úlceras por decúbito y excoriaciones.
 - Lavado de la zona perianal con agua templada y jabón cuando sea necesario y tras secado escrupuloso, aplicación de pomadas de óxido de zinc.

- Prevenir el estreñimiento y la formación de fecalomas mediante la administración de fibra en la dieta.
- A menos que esté contraindicado, procurar que beba de 1.000 a 1.500 mls. de líquidos al día.
- Aumentar el grado de actividad, en la medida de lo posible.
- Sugerir el uso de pañales desechables.

3.20.2. Estreñimiento

- **Definición:** El estreñimiento se refiere al paso de heces pequeñas, secas y duras, o a la ausencia de heces durante un cierto tiempo. Es importante definir el estreñimiento en relación con el patrón de eliminación regular de la persona.
- **Causas:**
 - Disminución de la motilidad del colon por reducción del tono del músculo liso intestinal y de la actividad refleja neuromuscular.
 - Alimentos pobres en fibras tales como carnes de todo tipo: rojas y blancas, leche, huevo y quesos; alimentos de color blanco o refinados tales como: azúcar, Almidón, Maicena, arroz blanco, harina de pan, pastas, pan blanco, galletas de todo tipo, dulces golosinas, etc.
 - Omitir el desayuno lo cual causa que el intestino sea incapaz de obtener suficiente energía para su trabajo.
 - Comer muy apurado y tener un estilo de vida tenso, lleva a ignorar el deseo de eliminar (Defecar) y puede causar un colon tenso con una movilidad espasmódica desordenada. Además, la persona que es tensa, a menudo presenta imbalance de su metabolismo del agua debido al efecto diurético de la tensión. El intestino necesita agua libremente disponible para la evacuación de los residuos alimenticios.
 - Cometer excesos en el comer; ya sea comiendo mucho o no comiendo lo que normalmente necesita el organismo.
 - Ingesta inadecuada de líquidos.
 - Estilo de vida sedentaria o reposo en cama forzado por enfermedad o incapacidad.
 - Hacer poco ejercicio
 - Fumar
 - Medicamentos como Aspirina, Anticolinérgicos, antiácidos con Carbonato de Calcio e Hidróxido de Aluminio, Tranquilizantes, Antidepresores Tricíclicos, Hierro y diuréticos.

- **Tipos de estreñimiento según la causa**
 - **Rectal:** Suele deberse a la costumbre de retrasar la eliminación de heces.
 - **Colonico:** Depende del paso lento de las heces a través del colon, de modo que se endurecen como resultado de la ingestión inadecuada de líquidos o de una obstrucción mecánica.
 - **Hipertónico:** Debido al aumento de las contracciones segmentarias de la musculatura que da lugar a heces secas, duras y cólicos abdominales.
 - **Hipotónico:** Depende de la disminución de las contracciones segmentarias que causan heces blandas, tipo papilla.
 - **Disquezial:** Originado por el uso excesivo de laxantes.

- **Manifestaciones clínicas**
 - Molestias abdominales
 - Timpanismo abdominal

- **Cuidados**
 - Explicar las causas de Estreñimiento y dar a conocer las formas de alivianas.
 - Ayudar al paciente a establecer una rutina de defecación: a la misma hora del día, después de una comida y sin distracciones; Estimularlo a que responda de inmediato a la urgencia de defecar.
 - Enseñar la importancia de consumir alimentos ricos en fibra como:
 - Cereales (Centeno, Mijo, Trigo Sarraceno), Aguacate, almendra, anón, borjój, Auyama, pera, guayaba, Ciruelo, Melón.
 - Resaltar la necesidad de aumentar la ingesta de líquidos de 6 a 8 vasos diarios, descartando el café, té o jugos de uva (Porque son diuréticos naturales que disminuyen los líquidos corporales).
 - Caminar después de cada comida y tenga cada día por lo menos una hora de actividad física al aire libre sino esta contraindicado.
 - Aplicar compresas calientes sobre el abdomen por diez minutos.
 - Realizar baño de asiento frío por 15 minutos cada día, y una hora antes de cada comida.
 - Realizar masaje circular sobre el colon para ayudar al vaciamiento de las heces y se debe iniciar en el lado derecho del colon (Haga movimientos de masaje en forma circular mientras va de abajo hacia arriba de 8 a 10 veces).

- Realizar ejercicios de respiración profunda tres veces al día (Inspire profundamente y sostenga el aire mientras cuente hasta 20; exhale lentamente mientras cuente 10. Repetir de 20 a 30 veces este ejercicio.

3.20.3. Fecalomas

- **Definición:** Los fecalomas se pueden definir como una masa o colección de heces endurecidas o parecidas al cemento, en los pliegues del recto. Los fecalomas resultan de la retención prolongada y la acumulación de material fecal.

Los fecalomas se reconocen por el paso de líquido fecal filtrado (diarrea) y por heces anormales. La porción líquida de las heces se filtra hacia afuera y alrededor de la masa fecaloidea a menudo.

- **Manifestaciones clínicas**
 - Diarrea
 - Excreción continua de líquido por el recto
 - Dolor rectal y cólicos abdominales
 - Deseo insatisfecho de defecar
 - Estreñimiento
 - Distensión abdominal
 - Masa dura y palpable en el bajo vientre
 - Período prolongado sin defecar
- **Cuidados**
 - Proporcionar abundantes líquidos
 - Consumir alimentos ricos en fibra
 - Realizar masajes abdominales
 - Administrar laxantes con prescripción médica
 - Realizar enemas evacuantes si está indicado

3.20.4. Incontinencia urinaria

- **Definición:** La incontinencia urinaria es la incapacidad temporal o permanente de los músculos del esfínter externo para controlar el flujo de orina desde la vejiga

- **Clasificación**
Independientemente de su causa, la incontinencia puede clasificarse en 3 tipos:
 - **Incontinencia por estrés:** Refiere una micción involuntaria por aumento brusco y transitorio de la presión intra abdominal. Por ejemplo, pueden escaparse unas gotas de orina al reír o toser.

 - **Tenesmo:** Deseo intenso y súbito de orinar, seguido de incontinencia. Una de las causas más frecuentes es la infección urinaria.

 - **Rebosamiento:** Aparece cuando la vejiga se llena totalmente y empieza a liberar pequeñas cantidades de orina para disminuir la presión. Es posible que el paciente no sienta deseos de orinar. Puede asociarse a obstrucción, fármacos, o factores emocionales

- **Cuidados**
 - Establecer un horario de evacuación regular. Por Ej. cada una o dos horas, haya o no sensación de urgencia.
 - Regular la ingesta de líquido, media hora o una hora antes de la evacuación. Es esencial una ingesta líquida diaria suficiente (al menos 2.000 ml). Para evitar la nicturia restringir la ingesta de líquidos antes de acostarse
 - Aumentar la actividad física para mejorar el tono muscular y la circulación sanguínea, ayudando así al paciente a controlar la evacuación.
 - Estimular los ejercicios perineales, para aumentar el tono de los músculos concernientes a la micción, en particular de los músculos perineales y abdominales.
 - Como medida de protección, aplicar cobertores protectores para mantener las sábanas secas y proporcionar también fundas impermeables para el colchón. Se debe cambiar a los pacientes siempre que estén mojados para mantener la piel seca. Limpiar y secar la piel al mismo tiempo de cambiar las sábanas para prevenir la caída de la piel.
 - En los pacientes encamados cuya incontinencia no se pueda controlar, será necesario la aplicación de pañales de incontinencia y, en algunos casos, la de una sonda vesical o de un colector de orina en los hombres.

3.20.5. Insomnio

- **Definición:** El insomnio esta caracterizado por la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido. Cuando se trabaja con pacientes con cáncer, es muy importante tener en cuenta los diferentes trastornos del sueño debido a la alta prevalencia e insomnio y otros trastornos específicos del sueño que se presentan en esta población de pacientes.

- **Clasificación**
 - **Insomnio inicial:** Caracterizado por la incapacidad para conciliar el sueño debido a ansiedad, estrés o fobia de sueño.

 - **Insomnio de mantenimiento o intermitente:** Marcado por la interrupción del sueño a la mitad del ciclo, debido a una reacción a estímulos internos y externos.

 - **Insomnio terminal:** Relacionado con la edad o la depresión y caracterizado por despertarse pronto por la mañana.

 - **Insomnio imaginario:** Caracterizado por quejas de no dormir cuando la evidencia indica lo contrario.

- **Manifestaciones clínicas**
 - **Respiratorio:** Disnea, falta de aire, tos crónica.

 - **Urogenital:** Enuresis (Orinarse en la ropa), nicturia (Orinar frecuente por las noches), impotencia.

 - **Músculo esquelético:** debilidad de la musculatura esquelética, disartria (Dificultad para pronunciar palabras), falta de coordinación.

 - **Neurológico:** Cefaleas matutinas, síndrome del Crepúsculo (Mayor agitación y confusión hacia el final de la tarde), mioclono nocturno (Sacudida de piernas cada 20-40 segundos durante el sueño).

 - **Psicológico:** Menor tiempo de atención, disminución de la memoria, cambios de personalidad (Como irritabilidad, hostilidad y violencia).

 - **Otros:** quemazón o pesadez de párpados, distorsiones visuales, como auras alrededor de las fuentes luminosas o telas de araña en el suelo.

- **Cuidados**

- Proporcionar seguridad al paciente como:
 - Acompañamiento por parte de un familiar durante las horas de descanso
 - Pedirle al paciente que orine antes de acostarse usando un orinal o pato si es necesario,
 - Proporcionar un ambiente agradable: La habitación debe estar iluminada o poco iluminada según criterio del paciente, Evitar los ruidos al máximo, Mantener una temperatura corporal del paciente (Cobijarlo o no según criterio).
 - Proporcionar posición cómoda al dormir (Posición Semisentado, almohadas en la cabeza).
 - Disminuir el tiempo que el paciente se mantiene acostado
 - Animar al paciente a caminar durante el día y a relajarse después de la cena.
- Proporcionar un tiempo de sueño y tiempo para despertar que sea a la misma hora para llevar un control.
- Animar al paciente para que evite consumir alimentos y bebidas que contengan Cafeína como (Coca-cola, café, el té y el chocolate
- Enseñar al paciente técnicas de relajación como la relajación progresiva (Pensamientos agradables), respiraciones lentas y profundas, concentración mental, plegarias y meditación.
- Ofrecer al paciente leche tibia a la hora de acostarse, si lo tolera.
- Si el insomnio es debido a dolores frecuentes es recomendable:

3.21. ALIMENTACIÓN

En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y familiares refieran problemas relacionados con la alimentación. Se debe conseguir entre todos, que el acto de comer no supone de ningún modo un problema añadido a su ya delicada situación, sino, por el contrario, un beneficio para su estado.

Es decir, la nutrición e hidratación de dichos pacientes no van a ser tratados como objetivos en si mismos, sobre todo, cuando la desnutrición está relacionada con la progresión de una enfermedad sistémica, no susceptible de respuesta a un tratamiento específico¹.

¹ Otto E. Shirley. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

3.21.1. Principios generales

- Reconocer los deseos del paciente, sabiendo y aceptando que está en su derecho de decidir si quiere o no comer, sin obligación, críticas o deseos de disuadirle.
 - Es recomendable fraccionar la dieta en 6 - 7 tomas, y flexibilizar mucho los horarios según los requerimientos y deseos del paciente.
 - Hay que adaptar la cantidad de cada toma al enfermo, sin presionar para que realice una ingesta mayor, que va a inducir una sensación de fracaso.
 - También se debe adaptar el gusto a los deseos del paciente y es aconsejable la adición de algunas salsas.
 - En cuanto a la composición, no se debe insistir en la composición hipercalórica o hiperproteica, ni en dietas específicas ricas en fibras, para la prevención y tratamiento del estreñimiento, porque disponemos de recursos específicos más eficaces.
 - La adición de complejos vitamínicos o hierro oral es de muy dudosa eficacia.
 - La presentación de la dieta, la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida, son aspectos importantes para mejorar la tolerancia, aunque son frecuentemente olvidados.
- El paciente tiene permiso para dejar de comer cuando quiera, mientras se le da la comida. Eso hace que con el tiempo, vuelva a tomar lo que le pueda apetecer.
- Hay que evitar que los familiares forcen al paciente a comer, ya que esto crea muchas veces una gran tensión y hace que el momento de las comidas se convierta en un verdadero conflicto entre los familiares y el enfermo.

3.21.2. Consejos dietéticos

- Aumentar la ingesta de frutas: Es recomendable comer fruta del tiempo, que son fuentes de vitaminas A C Y E así como de potasio.
- Aumentar la ingesta de verduras y legumbres: Las verduras contienen fibra que ayuda a evitar el estreñimiento y disminuye los niveles de colesterol en sangre.
- Aumentar la ingesta de cereales y pan integral: Estos alimentos, al igual que las verduras, contienen fibra y ayudan a prevenir el estreñimiento.
- Disminuir la ingesta de sal.
- Evitar el azúcar.

- Aumentar la ingesta de minerales como el calcio y el flúor es aconsejable tomar productos lácteos con bajo contenido en grasas, frutos secos y verduras.
- Mantener una ingesta adecuada de líquidos: es aconsejable beber líquidos en abundancia. Como mínimo 1 ½ litro al día.

3.21.3. Alimentación en pacientes encamados

El cuidador se ocupará de que el enfermo diariamente tome abundantes líquidos en forma de agua, zumos, sopa, incluso aunque el paciente no quiera, porque puede tener disminuido el reflejo de la sed, o tener miedo a beber, debido a que se atragante. En este último caso darle la bebida con un biberón.

Los hidratos de carbono (en menor proporción, un 20%) son agradables de sabor, pero aportan una sensación de saciedad, por lo que no conviene que el enfermo los consuma en exceso y pierda el apetito para comer alimentos ricos en proteínas.

También pueden formar parte de la comida del enfermo las grasas porque mejoran el sabor de los alimentos, además de realizar funciones específicas (sirven de vehículo a las vitaminas A, O, K, E) liposolubles. Reducen la secreción ácida del estómago y regulan su actividad muscular. Son preferibles las grasas como el aceite de oliva, las del salmón, la sardina, etc. Los fritos pueden producir trastornos digestivos.

3.22. HIGIENE E IMAGEN CORPORAL

3.22.1. Higiene

Muchos pacientes terminales se resisten al aseo diario, pues consideran que en su estado, la higiene, más que un beneficio, no les reporta más que un esfuerzo enorme. No tienen ganas de ser molestados e incluso pueden reflejar en esta negativa, la agresividad contenida, por su estado de enfermedad.

Debemos, con cariño, pero con cierta dosis de firmeza, conseguir que su aseo se convierta en un momento grato del día, utilizando para ello las técnicas y maneras más adecuadas para cada caso.

Se practicará diariamente un baño, si es posible, o en su defecto, un aseo en la propia cama, por un lado para mantener el cuerpo confortablemente limpio y libre de olores desagradables, debido a la existencia de lesiones malolientes, secreciones, incontinencias, etc., y por otro, porque la propia enfermedad o los diversos tratamientos a los que se ven sometidos estos pacientes, provocan una excesiva sudoración que les incomoda.

Pondremos especial atención en el secado de los pliegues de la piel, para evitar maceraciones de la misma. Resulta muy beneficioso finalizar el aseo con un ligero masaje con una crema hidratante.

El baño o aseo diario permite valorar la condición física del paciente, los cambios que experimenta en su movilidad, posibles edemas o inflamaciones, el desarrollo de escaras, el estado de la piel, Antes de cambiar la cama, aprovecharemos para realizar las curas que precise.

Si es posible, se le levantará de la cama a un sillón cómodo con respaldo, y un banquillo para mantener en alto las extremidades inferiores. Si no, se colocará al paciente en una posición adaptada a su patología: cama elevada en cuadros respiratorios y de disfagia. En posición lateral, con una almohada metida en la zona dorso lumbar en caso de pacientes con historia de vómitos frecuentes y posible estado confusional.

Si el paciente permanece encamado largos periodos de tiempo, es fundamental realizar cambios posturales frecuentes, junto con un pequeño arreglo de la cama: estirar las sábanas, cambio de pañales en caso de incontinencia, ahuecar las almohadas, refrescarle con alcohol o colonia.

3.22.2. Baño completo

El baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje vigoroso tiene el mismo efecto. Frotar con fricciones largas y suaves desde las partes distales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso.

El baño también provoca un sentido de bienestar en las personas. Es refrescante

y relajante y ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y autor respeto del individuo. El procedimiento del baño nos da la oportunidad de valorar al paciente, tanto desde el punto de vista físico, condiciones de la piel, erupciones, edema sacro, como desde el punto de vista mental y / o emocional, P. Ej.: orientación en el tiempo, estado anímico etc.

- **Cuidados**

- Asegúrese de que la habitación está libre de corrientes, cerrando las ventanas y las puertas.
- Proporciónese intimidad cerrando las puertas.
- Ayúdele a que emplee cualquier elemento higiénico que desee, como polvos, crema o desodorante.
- Ayúdele para que se ponga un camisón o una pijama,
- Colabore en el aseo del pelo, la boca y las uñas.

3.22.3. Cuidados con piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo y la primera línea de defensa contra los agentes infecciosos. La piel protege el cuerpo de los patógenos y evita el ingreso de los microorganismos, además, contiene secreciones que poseen propiedades antibacterianas. La flora normal de la piel brinda protección adicional produciendo sustancias antibacterianas y compitiendo por los nutrientes esenciales.

Una herida es una lesión corporal que altera la normal continuidad de las estructuras y tejidos.

En la mayoría de los pacientes con cáncer de mama en fase terminal se presenta un deterioro de la integridad cutánea (Ulceras por decúbito) debido a sus condiciones, requieren de una permanencia prolongada en cama.

3.22.4. Ulceras por decúbito

- **Definición:** Es una discontinuidad de la piel que implica la pérdida de la epidermis y parte de la dermis. Las úlceras pueden ser superficiales (La lesión permanece confinada a la capa más externa de la piel) o profundas (La lesión perjudica todas las capas cutáneas y posiblemente el músculo o hueso).

- **Cuidados**

- Revisar las prominencias óseas identificando zonas de presión
- Realizar masajes y aplicar cremas humectantes en rodillas, codos, talones superficies enrojecidas en prominencias óseas ya que estimulan la circulación y aumenta así la nutrición de las células de la piel.
- Reducir la presión en el área afectada estableciendo un esquema de cambios posturales, y utilizando un dispositivo para la reducción de presión como un colchón de aire, flotador, agua, espuma gel, almohadas o cojines debajo de las prominencias óseas para evitar presión.
- Proporcionar alimentos ricos en proteínas, es importante para el buen estado nutricional del paciente.
- Limpiar la piel después de cada episodio de incontinencia y aplicar barrera contra la humedad.
- Mantener la cabecera de la cama en un ángulo de 30 grados o por debajo, o totalmente plana; cuando se eleve la cabecera de la cama aplicar un dispositivo para las rodillas o tabla para los pies, utilizar dispositivos de ayuda como sábanas de movimiento, trapecio o elevadores, para facilitar el movimiento del paciente.
- Proteger la herida de heces y orina, cubriéndola con un aposito y cambiándolo cada que se ensucie.
- Si la ulcera por decúbito es profunda y amplía en extensión debe tener un manejo especializado.

3.22.5. Cuidados con boca

El cepillado de los dientes se debe hacer 4 veces al día después de cada comida y al acostarse. Es aconsejable el uso de un cepillo medio blando, de cerda ya que disminuye el riesgo de traumatismos en las encías, que así mantienen su firmeza.

El cepillo se aplica contra los dientes con un ángulo de 45°, deben cepillarse todas las superficies dentarias con ocho o diez pasadas como mínimo, moviendo el cepillo desde la encía hasta la corona y realizando cortos movimientos rotatorios en la zona donde la encía da paso a la superficie del diente.

Para un cuidado bucal óptimo, también debe cepillarse la lengua y el paladar. Esto eliminara la espesa saliva consecutiva a la reducción de la actividad salival o a la presencia de dentaduras postizas y puentes. Si no se elimina, la saliva espesa puede llegar a formar una costra maloliente llamada sordes (materia alba), que produce halitosis. Evite este problema mediante:

Se deben realizar enjuagues frecuentes con agua tibia, y aumentar de la ingesta de líquidos para evitar la sequedad bucal, también se debe aplicar aceite vegetal a la superficie lingual y paladar.

3.22.6. Cuidados con dentadura postiza

Insista en la importancia de mantener la dentadura limpia y en buenas condiciones. Para ello se debe enseñar al paciente a:

- Tratar la dentadura con cuidado.
- Cepillarla después de cada comida y antes de acostarse.
- frotarla meticulosamente con un cepillo duro. Si no puede cepillarla después de cada comida, recomíendele que la enjuague con agua corriente. Insista en que se enjuague la boca tras cepillar la dentadura, especialmente si ha comido alimentos que contengan semillas.
- Quitarse la dentadura cada noche, a menos que exista alguna contraindicación y sumergida en un recipiente tapado que contenga agua comente con esencia de menta, o de limón, o algún producto comercial al efecto. Debe cambiar esta solución a diario.
- Realizar algunos cuidados adicionales, tales como eliminar las incrustaciones o manchas, a intervalos semanales y siempre que sea necesario. Para disolver las incrustaciones puede sumergirse la dentadura en vinagre blanco, sin diluir durante una noche.

3.23. CUIDAR AL QUE CUIDA, SÍNDROME DEL CUIDADOR

3.23.1. El cuidador principal

Generalmente, los cuidados que precisa un enfermo crónico, que suele ser también una anciano / a, los da una mujer, cuya edad está comprendida entre los 45 y 60 años y a la que le unen con dicho paciente lazos familiares. Esta mujer, considerada como cuidador principal:

- Contrae un gran carga física y psíquica
- Se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.

- Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital¹.

3.23.2. Problemas y soluciones

Los aspectos citados anteriormente pueden causar importantes trastornos psicológicos en el cuidador principal, que se detectan cuando alguno de los síntomas se agudiza:

- Agresividad constante contra los demás, porque siguen su vida, porque son capaces de ser felices a pesar del problema que hay en casa
- Gran tensión contra los cuidadores auxiliares porque “todo lo hacen mal”, no saben mover al enfermo, no le han dado a la hora correcta la medicación, etc.
- Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en uno mismo. Cuando los cuidadores auxiliares, familiares o amigos observan en el cuidador principal los problemas o reacciones desmesuradas citadas, deben actuar.
- Depresión, cansancio, ansiedad. Toda esta situación: Obliga al cuidador principal a tomar mayor tiempo de ocio, cubriendo esas horas con ayuda de la familia o la de una asistencia domiciliaria.
- Pero en gran parte de los casos, el cuidador principal, además de salir y ponerse en contacto con otras personas que están en su misma situación, requiere asistencia medica para aliviar su depresión y angustia. Los cuidadores auxiliares, familiares y amigos deben procurar que el cuidador principal acuda a la consulta del médico para tratar su estado físico y psíquico.

3.23.3. Consejos al cuidador

- Siempre va a ser muy útil:
- Adquirir información sobre los cuidados a impartir al paciente, para ello siempre Puede consultar con su médico y / o su enfermera.
- La familia debe planificar el futuro del enfermo y el de la propia familia.
- Preocuparse de uno mismo

¹ (Sitio en Internet) Disponible en www.alemana.cl/ser/scl/rat/rat001.html . Acceso 26 Noviembre de 2004.

3.23.4. Que se debe hacer con los propios sentimientos

Contar con ellos. Aprender a manejarlos, que sean nuestra propia riqueza no nuestros perturbadores implacables y desesperantes. El cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados. Aunque cada persona cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal.

Tristeza: A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La melancolía le empañará la vida y no le permitirá disfrutar de otros momentos felices. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

Preocupación: Constantemente le abruma el futuro. El cuidador debe procurar serenarse. Lo que sea será y por pensarlo y darle vueltas, no va a tener mejor solución. Es inevitable que se encuentre preocupado, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto, no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

Soledad: Es importante no sentirse solo. Debe buscar amigos y compañía donde pueda: vecinos, centros recreativos, asociaciones, etc.

Irritabilidad: Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo, porque nadie le ayuda o así lo siente, porque está sacrificando sus aficiones, porque los días pasan con pena y sin alegrías

Culpabilidad: Por los propios errores o inadecuaciones en la tarea. Debe asumirlos como inevitables y tratar de mejorar, dentro de lo que cada uno puede dar.

Depresión: Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa se enferma de depresión; Es decir, cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se mitigan, o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el cuidador. Este debe autoanalizarse para valorar el grado de depresión que padece. En el

caso de depresiones leves su estado de ánimo mejorará tomándose unas vacaciones, un tiempo alejado del enfermo, realizando alguna actividad gratificante, descansando lo suficiente, etc. En otras personas la depresión es más grave, la depresión severa no se cura por sí misma, por lo que deben acudir, sin falta, a un profesional bien de la medicina que le administrará medicamentos o a un psicoterapeuta que le tratará mediante psicoterapia o le pondrá en contacto con grupos de apoyo y / o personas que están en su misma situación.

3.23.5. Las siete actitudes positivas del cuidador

1. Descansar cada día lo suficiente. Si el cuidador se enferma las cosas se pondrán peor.
2. Evitar el alcohol para animarse.
3. Hacer todo lo que pueda para conservar la propia salud. Se debe ir al médico periódicamente, consultar lo que le duele, lo que siente, etc. y explicarle la situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover al enfermo, para levantarlo, ducharlo, etc., que deben ponerse en conocimiento del médico.
4. No aislarse. Acuda a reuniones sociales. El cuidador necesita tener amigos que lo apoyen en la situación por la que esta cruzando.
5. Procurar mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, hacer crucigramas.
6. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para el bienestar y para la vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien “en medio del temporal”, no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.
7. Dedicar un tiempo semanal para si mismo. Buscar a un familiar, asistente etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que pueda salir y relajarse. tomar unas vacaciones, al menos anualmente.

3.24. HABILIDAD DE CUIDADO DE LOS CUIDADORES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

Las enfermedades crónicas se han convertido en una de las principales causas de mortalidad de nuestra comunidad, esto debido a los grandes esfuerzos que ésta

demanda; y a la poca educación que existe para realizar una labor adecuada con este tipo de pacientes, es por esto que se hace muy difícil realizar un trabajo constante y efectivo para estas personas. Y es que el trabajo requiere de unos requisitos necesarios para realizar el cuidado de personas con enfermedades crónicas, así como lo es el interés por realizar un buen papel y el tener un conocimiento de lo que se va a ejecutar, cabe anotar que de una buena motivación depende que se dé un correcto desempeño para el cuidado crónico.

Tanto el cuidado como el familiar está visto desde perspectivas diferentes, es por tal motivo que las personas se identificaran con alguno de estos cuidados, de acuerdo al método y la forma en que se está realizando; si es por una característica humana, por una obligación moral, por una interacción afectiva, como una intervención interpersonal, o bien como un proceso terapéutico. Todos estos puntos de vista van estrictamente ligados a las motivaciones que nos impulsa a realizar cualquier tipo de cuidado.

Cuando logramos reconocer el tipo de responsabilidades que éste tiene frente a la persona y el compromiso que adquiere a la hora de tomar decisiones, nos daremos cuenta que el cuidador es más que alguien que vela por un bienestar, es un líder que busca la correcta interacción entre las personas involucradas (Paciente — Familia) , que cuente con la confianza y un conocimiento del tratamiento ordenado por los profesionales en salud y que sobretodo éste encuentre una satisfacción por el rol que está ejerciendo como cuidador, pues es importante que su ambiente laboral como cuidador no se mezcle con su vida personal, debido a que se podría caer en un síntoma de desmotivación.

Como ya se ha mencionado el cuidador es un líder, pues de él depende una serie de responsabilidades y una toma de decisiones que afectaran de forma negativa o positiva al paciente que tenga a su cuidado; por éstas razones es muy factible que esta persona está expuesta a sufrir niveles de estrés e insatisfacción, ya sea por limitantes económicas, sociales, o por sus mismas obligaciones, siendo poco beneficioso para el paciente y el cuidador encargado de la tarea.

Por otro lado el cuidador también debe tener la habilidad de auto evaluarse, mirar objetivamente si se está realizando el plan adecuadamente, si el cuidador está llevando a cabo el proceso de enfermería (Tratamientos), si realmente está satisfaciendo las necesidades que el paciente pueda tener.

Boykin y Shoenhoffer identifican tres aspectos importantes del cuidado que incluyen la “Ontológica, es decir el cuidador como una manifestación de ser en el mundo, la Antropológica, que es el significado de ser de una persona cuidadora y la Ética, o la obligación de cuidar.” Esto nos muestra que el cuidador es más que una persona que vela por un bienestar, es un ser humano que valora la vida, de

cada individuo que está a su alrededor y que experimenta una sensación de pertenencia y vínculo, lo que lo hace muy resistente para afrontar los problemas laborales (Como cuidador) y personales. Aquí es donde radica la diferencia entre la enfermedad y el o los cuidados, ya que ésta suplente las necesidades más inmediatas haciendo su contacto más superficial, mientras que el último abarca el resto de las tareas con permanente constancia como lo requiere la persona. Debemos tener en cuenta que de acuerdo con la tarea del cuidador estará precedida la vida del paciente, del empeño, la ética y la responsabilidad.

Si bien, el cuidador cumple con la enfermedad crónica, este puede ser fácilmente perturbado por las circunstancias que afectan al paciente, es por este motivo que la enfermera (Cuidadora) debido en gran parte a su experiencia es capaz de guardar sus afectos pese a que ésta está frustrada debido al mal que aqueja a la persona, realizando su trabajo a cabalidad, esta es pues la mayor fortaleza del cuidado profesional¹.

3.25. EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y SU CAMPO DE ACCIÓN

Es importante tener un conocimiento acerca del ejercicio de enfermería como profesión y de cómo ésta se ha ido perfeccionando y especializando.

Los conceptos acerca de la enfermería han evolucionado con el paso de los años, pero no existe todavía una definición universalmente aceptada, dada la multiplicidad de circunstancias, necesidades y contextos en que se desempeña el profesional de enfermería.

En los primeros años se orientó el servicio de enfermería hacia el cuidado del enfermo; sin embargo, recientemente se ha visto la importancia que tiene el control de los síntomas y el cuidado paliativo para poder brindarle calidad de vida a los pacientes que tienen una enfermedad incurable.

Una de las definiciones clásicas de enfermería, formulada por Henderson (1966), describe la importante función del profesional de enfermería así:

“Ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación o proporcionar una muerte apacible y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las fuerzas necesarias y de los indispensables conocimientos,

¹ Otto E. Shirley. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia como antes”¹.

3.26. CUIDADOS Y RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE TERMINAL

El paciente terminal necesita consideración como ser humano, mediante un minucioso cuidado. Necesita que se le proteja en particular, contra la rutina, contra la atención impersonal. Debido a que el paciente terminal tiende a quedar aislado, es importante dedicarle un tiempo complementario que vaya mas haya del requerido para la atención y los tratamientos físicos y durante el cual se le escuche, acompañe y se le asista cuando se va acercando a la muerte.

Hay técnicas que el personal de enfermería necesita aprender o tal vez solamente recordar; son tan sencillas, que con frecuencia se olvidan:

3.26.1. Soporte emocional

El paciente terminal necesita del contacto personal y no aislarse de los acontecimientos de la vida diaria y familiar. Las relaciones de mutua confianza son importantes, así como estimular al paciente a que hable y exprese sus preocupaciones.

El profesional de enfermería debe aprender a escuchar, tener tacto y evitar conversaciones que sean dolorosas. Estar ahí y escuchar al paciente, hará mucho por las satisfacciones de sus necesidades psicológicas y sociales; no debe preocuparse por encontrar las palabras correctas para consolar y dar afecto a las personas, no necesita en realidad decir nada pues lo importante es estar presente, no es necesario hablar pues el silencio y el tacto son una manera muy significativa de comunicación. El profesional de enfermería también debe estimular a la familia para que participe en las conversaciones, en los pasatiempos y demás actividades con el paciente.

La comunicación con el paciente es posible también con formas de lenguaje no verbal; la mirada, el silencio, el acompañamiento, la escritura, las señas, los recuerdos y la gesticulación pero quizás el sentido de tacto y la presión son el

¹ (Sitio en Internet) Disponible en www.gobcan.es/funcis/difuncion/csect/index.html . Acceso 8 Mayo de 2002.

principal puente de comunicación. El tacto cumple un papel humanizante cuando la persona esta incomunicada en la fase del sufrimiento; el requiere cercanía, acortamiento de la distancia, presencia corporal y espiritual, un apretón cálido de manos, una palmada cariñosa en el hombro, una ligera sección de masajes sencillos quieren decir: “aquí estoy para ayudarte”.

3.26.2. Soporte familiar

Es difícil aliviar la crisis que la familia esta afrontando; en ciertos momentos no hay palabras adecuadas para consolarla o tranquilizarla. Pero el personal de enfermería puede transmitir sus sentimientos de solidaridad estar disponible, emplear el tacto, ser cortés y considerado; en lo posible, no debe aplicar horario de visitas cuando el paciente se encuentra en sus últimos momentos de vida.

Debe respetar ante todo la intimidad de la familia y el paciente, sin descuidar la asistencia del enfermo; puede sugerir que la familia descanse, pues es extenuante permanecer todo el tiempo con el enfermo. La familia por lo general, esta cansada, triste; necesita apoyo y comprensión; por eso, el personal de enfermería debe ser muy respetuoso y comedido.

3.26.3. Consejería espiritual

El paciente y la familia encuentra gran apoyo en los servicios pastorales según la fe y el credo que practiquen. La reflexión acerca del significado de la vida y de la muerte traen consuelo para el paciente, la familia y el personal que lo atiende. Una prudente insinuación al respecto proporciona, en general, tranquilidad y paz a la familia y al paciente. Es importante conocer el significado de las creencias para poder brindar un mejor apoyo, y permitir al paciente que tenga con el, objetos religiosos como imágenes, medallas, estatuillas o cualquier libro cuyo significado se identifique con su religión.

3.26.4. Asesoría profesional

Las instituciones y grupos profesionales en cuidados paliativos son de gran importancia y utilidad cuando se confronta la verdad de una enfermedad terminal o la inminencia de la muerte. Debe estar informado acerca de las diferentes

instituciones en las cuales se presta la asesoría, el apoyo y la atención a pacientes terminales y a su familia.

3.26.5. La familia y el paciente.

La familia es una parte esencial dentro de la Medicina Paliativa. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente.

Para la Medicina Paliativa, la familiar constituye un foco principal de atención. Debe fomentarse la entrevista y el intercambio de información entre ella y el equipo y hay que dar todas las facilidades posibles para ello.

En una situación límite como la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afecta. Es función del equipo evitar en lo posible las situaciones de tensión en el seno de la familia y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se la instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y las disponibilidad permanente del equipo de cuidados.

La enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia.

Si no se modifican estas ideas, a través de una información creíble y continuada, repercuten negativamente en el paciente y bloquean los cuidados del equipo. La cantidad de tiempo y desgaste que conlleva la asistencia a la familia es recuperada con creces al conseguir que no interfieran negativamente en la buena marcha del proceso individual e intransferible de la propia muerte de la persona.

Cuando la familia se entera del diagnóstico de la enfermedad maligna de uno de sus miembros, inicia un recorrido emocional similar al del paciente que enfrenta la posibilidad de su muerte. La familia sufre una seria alteración psicológica y pasa

por un período de crisis emocional, pues debe afrontar no sólo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en el sistema de vida de cada uno de sus miembros y anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida del ser querido¹.

3.26.6. Miedos

Desde el mismo momento en que la familia toma conciencia de que uno de sus componentes va a morir en un plazo más o menos breve, surge una serie de miedos.

- Al sufrimiento del paciente y, especialmente, a que tenga una agonía dolorosa.
- A que el paciente sea abandonado y no reciba la atención adecuada en el momento necesario.
- A hablar con el paciente.
- A que el paciente comprenda su condición física por las manifestaciones o actitudes de la familia.
- A estar ausente cuando la persona fallezca, a separarse de ella un rato, lo cual entorpece las necesidades de descanso y de realizar actividades propias de la vida cotidiana.

3.26.7. Tareas

Los familiares de un paciente con enfermedad terminal no sólo deben enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que pueden resultar contradictorias y enfrentarse a reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia como para el individuo.

- Debe encontrar el equilibrio entre actuar con naturalidad, en una forma que niegue la proximidad de la muerte del paciente y puede hacerle sentir abandonado o no tomadas en cuenta sus necesidades, o exagerar los cuidados, las expresiones amorosas, la sobreprotección y la condescendencia,

¹ (Sitio en Internet) Disponible en www.sirugist.com/vevisiones/cir05-01/05-01-01/18.htm . Acceso 28 Noviembre de 2004.

lo cual resiente al paciente, pues lo convierte en un niño, lo anula y destruye su autoestima.

- Debe redistribuir las funciones y tareas que el paciente asumía, pero a la vez siente que lo están desplazando y anulando y que deberían posponer el desempeño de tales funciones, para no producirle a él una mayor sensación de pérdida y de inutilidad o de enfrentamiento a la muerte.
- Tiene que aceptar que el paciente pueda necesitar una persona ajena para su cuidado.
- Despedirse del paciente y darle el permiso para morir.

3.26.8. Necesidades

El soporte que el equipo de cuidados suministra a la familia implica el conocimiento e identificación de las múltiples necesidades que ésta puede tener a lo largo del proceso.

- De información clara, concisa y realista.
- De saber que se está haciendo algo por el paciente, que no se le ha abandonado médicamente y que se procurará su alivio.
- De contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados.
- De tiempo para permanecer con el enfermo.
- De privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional.
- De participar en los cuidados.
- De comunicar los sentimientos y reparar la relación, de poder explicarse y perdonarse.
- De compañía y apoyo emocional.
- De expresar las emociones, de expresar la tristeza, el desconsuelo, la rabia y los temores.
- De conservar la esperanza.
- De apoyo espiritual.

3.26.9. Claudicación emocional

En el transcurso de la evolución pueden aparecer crisis de descompensación del enfermo y / o de sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto. Se trata de un desajuste de la adaptación, originado por una situación nueva o por la reaparición de problemas que es importante saber reconocer

porque dan lugar a muchas demandas de intervención médica o técnica, siendo de hecho la primera causa de ingreso hospitalario.

Las causas más frecuentes de estas descompensaciones son:

- Síntomas mal controlados o aparición de nuevos (especialmente dolor, disnea, hemorragia y vómitos).
- Sentimientos de pérdida, miedos, temores o incertidumbre.
- Depresión, ansiedad, soledad.
- Dudas sobre el tratamiento previo a la evolución.

La respuesta terapéutica es la siguiente:

- Instaurar medidas de control de síntomas.
- Mostrar disponibilidad (sentarse en lugar tranquilo, sin prisa).
- Revisar los últimos acontecimientos, esclarecer dudas sobre la evolución y el tratamiento.
- Volver a recordar los objetivos terapéuticos.
- Dar sugerencias sobre cómo comunicarse y estar con el enfermo.

No debe sorprendernos el que tengamos que repetir las mismas cosas en situaciones parecidas varias veces durante la evolución de la enfermedad.

3.27. PROCESOS DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD TERMINAL

La enfermedad terminal es normativamente estresante, en cuanto al individuo que la padece suele evaluarla como que excede o agota sus recursos y amenaza su bienestar y su vida. El paciente en situación terminal presenta las necesidades psicológicas propias del ser humano y cuando éstas no se encuentran satisfechas surgen problemas emocionales que requieren medidas de soporte. Algunos de los problemas emocionales planteados con mas frecuencia en las unidades de cuidados paliativos son: aislamiento, abandono, miedo, angustia, ansiedad, incomunicación, tristeza, rechazo, sensación de dependencia, perdida de atractivo, inutilidad y desesperación. La respuesta emocional a la enfermedad terminal puede variar desde una reacción aparentemente menor, asentimientos de disforia, ansiedad e incluso trastornos psiquiátricos mayores. Conforme la enfermedad avanza, los estudios de prevalencia de estrés psicológicos señalan una mayor presencia de sufrimiento emocional intenso.

El sufrimiento emocional se manifiesta en el enfermo a través de múltiples y diversos signos y síntomas entre ellos se destacan la tristeza o aflicción, la incompreensión de la situación, al miedo a uno o mas temas que se viven como amenazadores, la desesperanza, problemas de autoestima (de no valer para nada y ser un estorbo para los demás), agotamiento emocional expresando con frecuencia frases como “ya no puedo mas o estoy cansado de sufrir”.

El proceso de adaptación que el enfermo desarrolla durante el trascurso de la enfermedad está estrechamente ligado a las respuestas psicológicas reactivas a la situación.

Los esfuerzos por definir el proceso de adaptación tienen su origen en los estudios realizados por Elisabeth Kubler Ross; esta autora propuso un modelo de adaptación basado en su amplia experiencia en el tratado con enfermos moribundos, describió un proceso compuesto por cinco fases:

La fase de negación estaría caracterizada por sensación de incredulidad en la que el paciente rechaza la realidad del diagnostico, del pronostico o de la situación que produce la enfermedad; esta fase suele ser transitoria y da paso al siguiente estadio, el cual se caracteriza por el enfado dirigido hacia todo y hacia todos en donde el paciente se revela frente a su situación y siente la injusticia y la ira de ser el afectado; en esta fase el paciente muestra un alto grado de sufrimiento emocional y en caso de tener creencias religiosas suele asociarse la ira a una crisis espiritual; es un estadio traumático que presenta situaciones angustiosas tanto para el propio paciente como para la familia y el equipo clínico que lo esta atendiendo.

En la fase de pacto el paciente tiende a negociar con todo su entorno incluso con Dios para conseguir retrasar el curso de la enfermedad o no sufrir. Conforme la enfermedad va avanzando y el deterioro físico se hace mas patente, el enfermo puede perder la esperanza y sentir la necesidad de dejar de luchar y abandonarse a su propio destino, esta es la fase de depresión; el presente deja de tener valor alguno, no muestra deseos de conversar imperando la tristeza, la desesperación y en muchos ocasiones los sentimientos de culpa por acciones del pasado. Finalmente, se entra en la fase de aceptación, el paciente conoce la irreversibilidad de la situación y la realidad de una muerte próxima, el enfermo tiende a la reconciliación consigo mismo, siente que ha merecido la pena de vivir y quizás como característica mas importante es capaz de seguir viviendo el presente con cierta sensación de paz interior.

Todas estas fases no tienen porque ser consecutivas, ni todos los pacientes pasan por todas ellas, el proceso no es unidireccional dándose el caso de que un mismo

paciente salte de una fase a otra para volver posteriormente a la fase anterior o bien no-pasa por todas y cada una de ellas¹.

3.28. AGONIA, MUERTE Y DUELO

En una sociedad como la actual, donde la felicidad significa diversión, consumo, negación del sufrimiento y eterna juventud, le es difícil enfrentarse y entender el dolor, la incapacidad o la muerte.

En nuestra cultura no se considera la muerte como parte de la misma vida, no existe una psicopatología de la muerte sino una psicopatología de la vida, nos es difícil aceptar la muerte como algo inevitable.

El desarrollo social y tecnológico han incrementado la esperanza de vida, pero también y de forma paralela han prolongado las fases terminales, en ocasiones haciéndolas interminables. El ser humano, como ser vivo más evolucionado, ha conseguido comprender leyes de la materia y de la vida, pero no ha logrado lo mismo con la muerte. Queda en el consuelo de pensar que algún día la muerte será evitable².

3.28.1. Agonía y muerte

Ante la muerte se provoca una respuesta de inadaptación emocional tanto por parte del paciente como de la familia que en ocasiones puede llegar a ser patológica (no se sabe que decir, no se sabe que hacer, no se sabe a quien culpabilizar).

De forma similar pasa con las circunstancias que implican una pérdida sentimental (divorcio, emigración, pérdida de trabajo) o física (amputación, mastectomía).

La presencia del médico puede canalizar la sensación de aislamiento, de soledad y de sufrimiento hacia la tolerancia y la aceptación.

¹ Otto E. Shirly. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

² Martín López, Adela. (Sitio en Internet) Disponible en www.elalmanaque.com/medicina/curiosidades/duelo.htm . Acceso 2 Diciembre de 2004.

3.28.1.1. *Reacciones ante la muerte*

Fase I: Shock, negación y aislamiento. Constituye la reacción inicial, la persona enferma niega la evidencia de la enfermedad, mantiene la esperanza del error diagnóstico. Los pacientes que no superan esta fase realizan un peregrinaje por distintos médicos, sanadores, etc.

Fase II: Ira e irritación. En esta fase se focaliza la angustia responsabilizando a alguno de la propia enfermedad, se busca una relación causa-efecto. "El médico tiene la culpa", "mi familia tiene la culpa", En ocasiones la responsabilización es hacia uno mismo. Esta fase tiene una pregunta característica, "¿por qué me ha pasado esto a mí?".

Fase III: Pacto. La persona enferma intenta negociar la curación. Es una fase corta y con connotaciones infantiles, donde se proponen negociaciones con el médico o con Dios a cambio de la curación.

Fase IV: Depresión. La persona enferma entra en un estado depresivo ante las repercusiones que la enfermedad tiene en su propia vida, en la de la familia, en su actividad laboral, en su vida social. Toma conciencia de la pérdida de la vida. La persona se retrae, enlentece o anula su vida social, se aísla, se inicia un progresivo abandonamiento y pueden aparecer ideas suicidas.

Fase V: Aceptación. En esta fase la persona enferma reconoce finalmente el problema, acepta la muerte como algo inevitable.

3.28.1.2. *Signos y síntomas del paciente en agonía*

- Deterioro evidente y progresivo del estado físico, con disminución del nivel de conciencia, desorientación y trastornos de la comunicación, que pueden agravarse progresivamente hasta la situación de coma.
- Dificultad o incapacidad de ingesta, provocada por la debilidad y la disminución del estado de conciencia.
- Alteración de los esfínteres, sobre todo en los pacientes tratados con psicotrópos.
- Síntomas físicos variables, según sea la patología de base, y el control previo de los de los síntomas. Es frecuente la presencia de fiebre, ocasionada muchas veces por infecciones secundarias.
- Síntomas psicoemocionales variables, como angustia, agitación, crisis de miedo o pánico, manifestados verbalmente o no, según su estado.

- Necesidad de estar acompañado por aquellas personas que le son más afines.
- Demandas, muchas veces explícitas, de seguir siendo atendido por el equipo terapéutico, sobre todo si el paciente está en el domicilio.
- Evidencia o percepción emocional, verbalizado o no, de la realidad de la situación y que en algunas ocasiones de madurez y aceptación humana son muestra de una gran dignidad.

3.28.1.3. *Signos que expresan los familiares*

- Estrés psicoemocional por la cercanía de la pérdida.
- Gran demanda de atención y soporte.
- Reivindicaciones terapéuticas poco realistas, y que deben contemplarse como signo de estrés emocional, o de falta de conocimiento concreto de la situación, normalmente en familiares llegados a última hora.
- Necesidad de información concreta sobre la probable evolución, el tiempo disponible, los trámites necesarios, etc.

3.28.2. Duelo

El duelo se puede calificar como un trastorno adaptativo. El duelo comporta un estado de sufrimiento por la muerte de alguien que es querido. Incluye también todas aquellas reacciones emotivas o de comportamiento que se manifiestan ante la pérdida de un ser querido.

Es un proceso que a pesar de ser doloroso, tras su expresión y aceptación es curativo. La duración del duelo es variable pero, en líneas generales, se acepta que puede durar aproximadamente dos años. Cuando este proceso de adaptación se alarga en el tiempo (duelo patológico) puede comportar consecuencias y dejar secuelas.

En el duelo se distinguen tres fases:

FASE I O INMEDIATA: Es una fase de no aceptación, una mezcla de negación, rechazo y auto reproche que puede durar entre días o semanas. En esta fase son características las ideas negativas ("la vida no merece ser vivida"), la sensación de vacío intenso, la sublimación de los valores del difunto y de los momentos vitales vividos en común, el bloqueo psicológico y el deseo solidario de la muerte.

FASE II O INTERMEDIA: En esta fase domina la depresión y el dolor ("sí, es cierto, pero no lo puedo soportar"). Se inicia la aceptación pero se reviven los recuerdos. Esta fase puede durar meses o años y es característico el autoreproche, la visualización del fallecido en lugares de casa o la visualización de sus pertenencias, la realización reiterada de tareas o gestos que se sabe eran del agrado del fallecido y en las personas creyentes se observa un aumento de la actividad religiosa.

FASE III ESTABLE O TARDÍA: Es la fase de sedimentación y adaptación a la nueva circunstancia, se asume la pérdida entre el miedo al futuro y la imposición de lo cotidiano. Se acepta la pérdida como algo irremediable y se tiende a reorganizar la propia vida.

Esta fase puede alargarse entre los 6 y los 12 meses y aparece hacia el segundo año. En esta fase es característica la sensación de pérdida irreparable, la pérdida de interés, la aceptación de la vida como una obligación, la sensación de vacío y la soledad, la hipertrofia del ser querido y finalmente la aceptación del nuevo rol social (viuda, viudo, huérfano...).

3.29. EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Sufrir es un fenómeno complejo. El dolor físico, el malestar, la sensación de desagrado, no son desde el principio idénticos al sufrimiento. Hay un grado moderado de dolor físico que de ningún modo podemos denominar sufrimiento, pues tiene, en la coherencia total de la vida, un sentido claramente conocido, una función biológica, y lo aceptamos sin objeción. El hambre, por ejemplo, tiene el sentido de mover a un ser vivo a que se preocupe por la comida. Una sensación aguda de hambre no supone ningún sufrimiento para el que sabe que, dentro de cinco minutos, se sentará ante una mesa bien provista. Sin embargo, la misma hambre es un sufrimiento para otra persona que sabe que, en un tiempo razonable, no va a tener nada que comer. Al hambre se le junta el miedo de un hambre mayor. El hambre pierde su sentido funcional allí donde ella es el mejor cocinero (es decir, cuando es muy grande): se convierte entonces en sufrimiento. A partir de un cierto grado de intensidad, el dolor corporal como tal es ya sufrimiento, es decir, cuando devora todas las perspectivas positivas o negativas de futuro. Si ese dolor se va, se va de una manera notablemente perfecta. Los dolores ya desaparecidos gustan en cuanto tales, nada se tiene ya contra ellos; sólo queda la alegría de que han pasado. El mal (moral) pasado, por el contrario, sigue siendo mal, y es objeto de pesar.

Si consideramos el dolor en un puro plano fisiológico, como mecanismo fisiológico, y no dentro de la vida orgánica, es claro que sólo dura y actúa durante el tiempo y con la intensidad que exige su función biológica. Si sólo cupiera considerarlo de ese modo, un enfermo incurable no debería sentir ya ningún dolor, porque el dolor no desempeñaría en él, en la práctica, ninguna función. Sin embargo, el dolor continúa actuando, despliega una vida propia, llega a ser un cuerpo extraño en el ser. En lugar de estimularnos a una actividad, nos condena a la pasividad. En este sentido hablamos aquí del sufrimiento.

Allí donde no se acierta a integrar una determinada situación dentro de un contexto de sentido, allí comienza el sufrimiento. El término alemán «sufrimiento» tiene, de manera análoga a sus términos correspondientes en otras lenguas, un doble sentido. Significa tristeza (infelicidad, desagrado, ...), y también sencillamente pasividad (en el sentido de passibilitas), o, por decirlo a la moda, frustración. La pregunta acerca del sentido del sufrimiento es, ante todo, una pregunta paradójica. Ella misma es expresión de sufrimiento, de ausencia indudable del sentido del actuar. Y se atraviesa en el camino de su propia respuesta (la obstaculiza). Apenas es posible darle una respuesta teórica, pues tal pregunta quedaría resuelta si desapareciera, pero no desaparece porque se resuelva. Los amigos de Job, con sus respuestas teóricas, sólo consiguen irritarle. Dios no responde a sus preguntas, sino que le hace callar.

3.30. DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

Existe confusión y controversia, tanto en la población en general como en los círculos de profesionales de la salud, de cómo debe enfocarse la situación del enfermo ante la enfermedad del cáncer, de cómo puede repercutir esa realidad conocida ante su estado psíquico, emocional y afectivo, de cómo serían sus relaciones con la familia, con los amigos y la actitud de ésta hacia la problemática que se les presenta. Existen múltiples enfoques del manejo adecuado del profesional con el enfermo y sus familiares, pero existe desconocimiento acerca de las posibilidades legales que tienen dichos enfermos en fase terminal para obtener una mejor calidad de vida.

Tanto la OMS (1990) como Villamizar (1991), entre otros, señalan los derechos del paciente terminalmente enfermo, tales como:

- El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.

- A vivir independiente y alerta.
- A tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social, siendo la meta que se debe alcanzar el máximo confort posible para el paciente.
- A conocer o rehusar el conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
- A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- A ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de la vida.
- A que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- A hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo, de sus compromisos.
- A que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
- A morir con dignidad, tan confortable y apaciblemente como sea posible.

3.31. MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON

3.31.1. ¿Por qué el modelo de virginia henderson?

Las razones que han llevado a adoptar este modelo conceptual, y que se expone a continuación, aunque son fruto del estudio prolongado y riguroso de la obra de esta teorizante, se inscriben en el plano de lo personal y, en consecuencia, son tan subjetivas y cuestionables como se quieran considerar.

1. Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en gran parte a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha. A consecuencia de ello y de la traducción a 25 idiomas de su libro Principios de los cuidados básicos de enfermería, en el que se recogen las ideas clave de su pensamiento, se ha adoptado en numerosas escuelas de enfermería y centros de cuidados.
2. Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos. Esto no significa que sea un modelo simplista o simplificador, sino que expresa ideas profundas y complejas con un lenguaje sencillo y exento de artificios.

3. Su construcción teórica es muy abierta, lo que, da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados (ya sea en centros de hospitalización, ya en la comunidad).
4. Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Puesto que éste es un aspecto importante del ejercicio profesional en nuestro país, el modelo de Henderson no sólo delimita claramente el campo de actuación propio, sino que incluye “ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico” (Henderson, 1994), lo que hace que su adopción no entre en contradicción con nuestra realidad asistencial.
5. Da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.
6. Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.
7. Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la persona / familia actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Así contemplada, la salud deja de ser algo externo que es “dado” por el sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo, idea plenamente coherente con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de cuidados de salud primarios, que prioriza los cuidados de salud preventivos sobre los curativos y destaca la implicación del usuario, familia y comunidad en el logro de las metas de salud.
8. Propone el método de solución de problemas, es decir, el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten los restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración.
9. Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para formular los problemas identificados. Esta terminología no es aplicable en todos los modelos de las dos corrientes mencionadas anteriormente, sino sólo en unos pocos, entre los cuales se encuentra el de V. Henderson¹.

¹ Rodrigo Luis, Teresa Maria. Ferin Fernández, Carmen. Gómez Navarro, Victoria Maria. De La Teoría a la Practica. El Pensamiento de Virginia Henderson En El Siglo XXI. 2ª Edición. Masson año 2000.

3.31.2. Conceptos nucleares

La persona: Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo desarrollo de su potencial.

El entorno: Si bien no está claramente definido, aparece en sus escritos y es el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente, en el libro *Principles and Practices of Nursing* (Harmer & Henderson, 1955), se refiere al entorno como si se tratara de algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. Sin embargo, en escritos más recientes (Henderson, 1985), habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

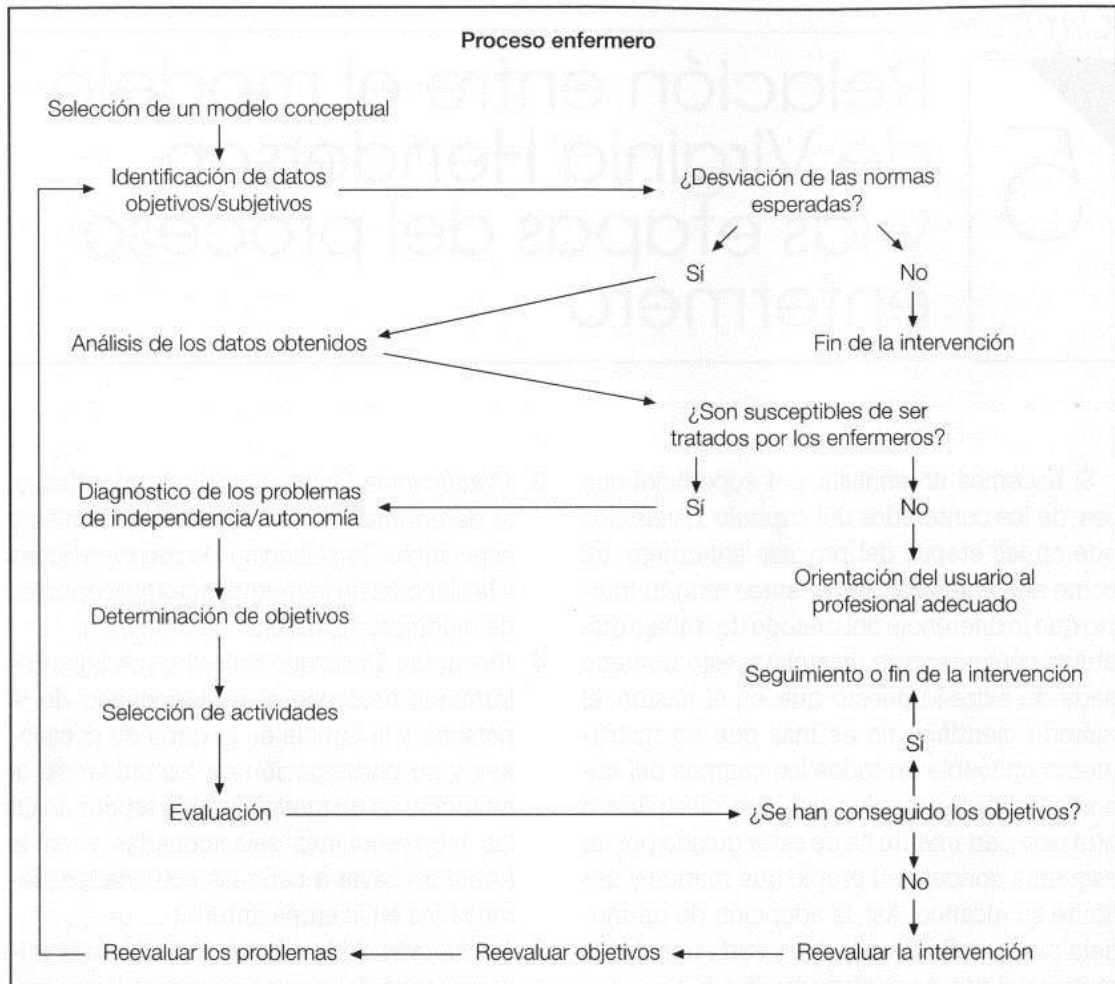
El rol profesional: Es un servicio que ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o a ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia y las satisfaga por sí misma.

La salud: Se identifica con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, bien sea mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.

3.31.3. Relación entre el modelo de virginia henderson y las etapas del proceso enfermero

Si se hace un análisis, por superficial que sea, se observa que en las etapas del proceso enfermero, tal como allí se reflejan, no aparece ningún indicio que lo diferencie del método de trabajo que utiliza cualquier otra disciplina; esto no tiene nada de extraño puesto que, en sí mismo, el método científico no es más que un instrumento aplicable en todos los campos del conocimiento. Su empleo por una disciplina u otra necesariamente ha de estar guiado por un esquema conceptual propio que matice y delimite su alcance. Así, la adopción de un modelo propio influye en todas y cada una de las etapas del proceso enfermero:

a). IMAGEN 1: Influencia de la Adopción de un modelo enfermero en las etapas del proceso



1. **Valoración:** Orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles de ellos son relevantes y cuáles carecen de valor, cuáles apuntan a la presencia de un problema propio o indican la posible existencia de un problema que debe ser tratado en colaboración o por otro profesional.
2. **Diagnóstico:** proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas y formularlas.

3. **Planificación:** Guía la fijación de prioridades, la determinación de objetivos generales y específicos, la selección de intervenciones y la elección de las actividades susceptibles de modificar las fuentes de dificultad.
4. **Ejecución:** Dado que todos los modelos enfermeros destacan el protagonismo de la persona y la familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados, la adopción de un modelo propio repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.
5. **Evaluación:** Al igual que sucedía en la primera etapa del proceso, durante la evaluación el modelo adoptado dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera, lo que permite determinar el grado de consecución de los objetivos propuestos y el curso de la posterior actuación.

Utilizado de esta forma, el proceso enfermero constituye la base para la práctica profesional; actúa a modo de puente que permite salvar la distancia existente entre la abstracción de la imagen mental que la enfermera tiene de los cuidados, y la realidad de su servicio profesional; en palabras DeWalsh (1991): "El modelo dice cómo deben ser los cuidados enfermeros; el proceso enfermero describe cómo deben organizarse". Por consiguiente, a continuación se tratará de determinar cómo influye específicamente la adopción del modelo de V. Henderson en cada una de las etapas del proceso enfermero.

Valoración: Esta etapa comprende los pasos de recogida, validación, organización y registro de los datos

Recogida de datos: La valoración de las 14 necesidades básicas incluye los datos objetivos y subjetivos necesarios para determinar si los comportamientos anteriores y actuales de la persona con objeto de satisfacer sus necesidades son adecuados y suficientes de acuerdo con su situación de vida.

Si bien existen diversas interpretaciones del modelo de V. Henderson que proponen incluir los signos y síntomas de la enfermedad y todo lo relacionado con su tratamiento en la valoración de las necesidades como parte de su componente biológico, no se comparte esta opinión fundamentalmente por dos razones:

1. Ni los signos y síntomas ni el tratamiento prescrito por el médico pueden considerarse, en ningún caso, conductas del usuario, ni guardan relación con las áreas de dependencia que constituyen el centro de la actuación enfermera,

esto es, no tienen su origen en la falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad, sino en un trastorno fisiopatológico.

2. Al constituir el centro de atención de otra disciplina (la medicina), son datos que recoge el médico en su valoración y en su prescripción terapéutica y, aunque es indispensable tenerlos en cuenta para analizar los datos disponibles, repetirlos en la historia enfermera no sólo representa una contradicción con la esencia del modelo, sino también una pérdida de tiempo.

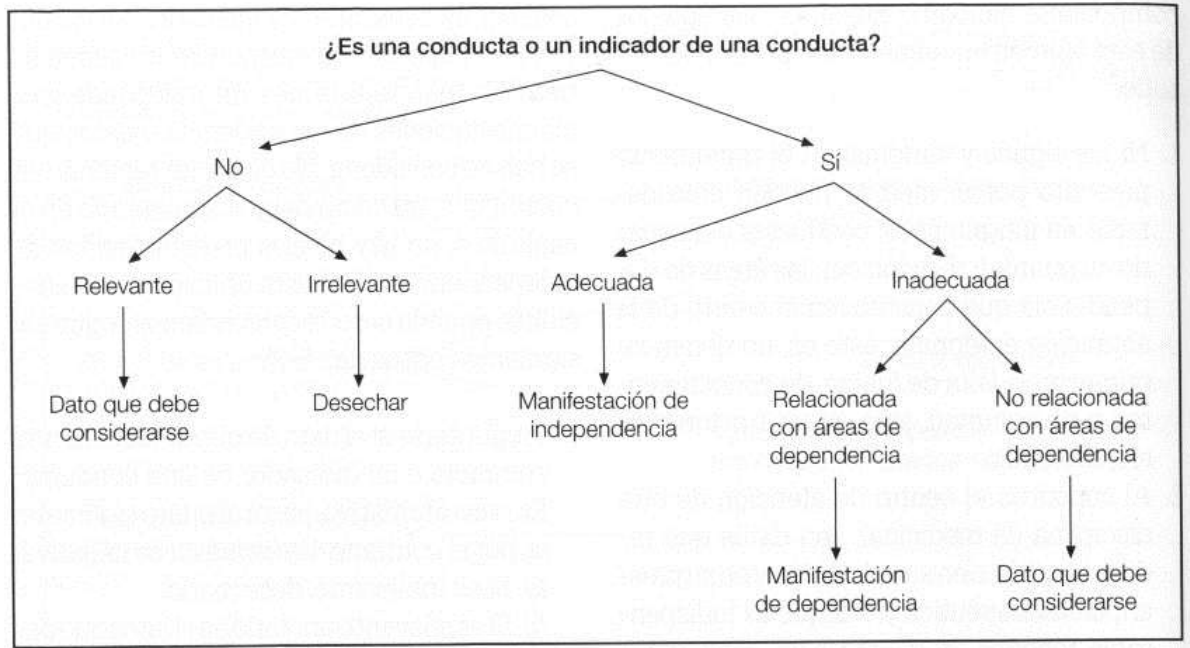
En caso de que haya una conducta inapropiada que agrave los signos o síntomas, o dificulte su desaparición o control, lo que debe incluirse como manifestación de dependencia en la necesidad correspondiente es la conducta de la persona (sobre la que podemos incidir), no la sintomatología.

Por otra parte, se está de acuerdo con Fernández y Novel (1993) cuando dicen que hay algunos datos relevantes que V. Henderson no trata de forma explícita en su modelo y que es necesario incluir en la valoración de las necesidades.

3.31.4. Validación, organización y registro de datos

Una vez asegurada la fiabilidad, suficiencia y exactitud de los datos recogidos en cada necesidad, es decir, una vez validados, se clasifican en el apartado correspondiente según se trate de manifestaciones de independencia, manifestaciones de dependencia o datos que se han de considerar. No obstante, teniendo en cuenta que, no hay niveles preestablecidos de independencia y que esta ubicación debe decidirse en cada caso se recomienda seguir los siguientes pasos:

b). IMAGEN 2: Organización de los datos de valoración



1. Preguntarse si el dato de que se trata es una conducta o un indicador de una conducta. En caso afirmativo, pasar al punto siguiente; si, por el contrario, la respuesta es negativa:
 - a. Si es irrelevante, desecharlo.
 - b. Si es relevante, anotarlo en "Datos que deben considerarse", categoría que incluye:
 - Datos necesarios para la prescripción de intervenciones propias, como son los recursos externos con que se cuenta o los gustos y preferencias.
 - Datos que señalan la presencia de un problema de autonomía, esto es, indicadores de que una necesidad no está adecuadamente satisfecha a causa de una incapacidad física o intelectual y de la carencia de un cuidador capacitado (agente de autonomía asistida) que supla las actividades requeridas; por ejemplo, incapacidad parcial de la persona para realizar su higiene porque no puede levantarse de la cama.
 - Datos que indican la presencia de un problema susceptible de ser tratado por otro profesional y que requiere, por tanto, ser derivado a éste; por ejemplo, el usuario tiene problemas económicos y desconoce los recursos sociales a los que puede acudir en demanda de ayuda, situación que corresponde a la trabajadora social.

2. Determinar si la conducta es apropiada, esto es, si promueve y mantiene la integridad o totalidad de la persona, de acuerdo con su situación de vida.
 - a. Si la respuesta es afirmativa, registrarla en el apartado “Manifestaciones de independencia”; por ejemplo, el usuario sigue una dieta equilibrada o tiene interés en saber más sobre su situación de salud.
 - b. Si la respuesta es negativa, pasar al punto siguiente.
3. Considerar si la conducta inapropiada se debe total o parcialmente a una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad.
 - a. En caso afirmativo, es susceptible de tratamiento enfermero y se anota en el apartado “Manifestaciones de dependencia”; por ejemplo, el enfermo sabe la conveniencia de pasear durante una hora diaria y dice que quiere hacerlo, pero no encuentra nunca el momento para ello (falta de voluntad).
 - b. En caso negativo, tal como se explica en el punto 1, decidir si esto puede indicar la presencia de un problema susceptible de ser tratado por otro profesional.

3.31.4.1. *Diagnóstico*

Antes de iniciar este apartado se desea aclarar que en él no se incluyen los problemas de colaboración porque éstos, al no pertenecer al área autónoma, no se derivan del análisis de datos desde la perspectiva de un modelo enfermero, sino del modelo médico. Se abordará únicamente los diagnósticos enfermeros, definidos como el juicio clínico sobre el grado de satisfacción de las necesidades básicas de la persona de acuerdo con su situación de vida. De acuerdo con el modelo de V. Henderson, en la etapa diagnóstica, que incluye los pasos de análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis, y la formulación de los problemas detectados, la enfermera “ayuda a la persona a identificar el problema que tiene, no (...) decide que éste es el problema” (V. Henderson, citada por Leng y Duquesne, 1989).

3.31.4.1.1. *Análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis*

Un error frecuente entre las enfermeras que empiezan a trabajar a partir de este modelo es hacer un análisis lineal de los datos, esto es, contemplar cada una de

las necesidades de manera aislada sin interrelacionarla con las restantes, lo que conduce a formular un problema distinto en cada necesidad que presente manifestaciones de dependencia.

Aunque este modo de proceder es aceptado por otras teóricas (p. Ej., C. Roy), cuando se trata de enfermeras principiantes, en el caso de V. Henderson desbarata por completo el concepto integral de la persona que preside su modelo. Esta práctica, incluso en aquellos casos en que puede ser aceptada desde el punto de vista del modelo adoptado, conlleva una visión parcial que da lugar a innumerables repeticiones y convierte los planes de cuidados en interminables y farragosos y, por consiguiente, inoperantes e inútiles para la práctica cotidiana.

Tras esta consideración previa, es preciso advertir también que resulta muy difícil, explicar cómo se lleva a cabo el proceso de razonamiento lógico que finaliza en la emisión de un juicio o conclusión. Este no es un proceso sencillo y, para llevarlo a cabo con éxito, se requiere, entre otras cosas:

1. Tener conocimientos suficientes tanto de enfermería como de otras disciplinas relacionadas.
2. Desarrollar las habilidades intelectuales que favorecen el pensamiento analítico.
3. Poseer en todo momento una actitud crítica ante uno mismo que permita percibir los errores y omisiones cometidos, aceptarlos y aprender de ellos.

Constatada esta dificultad, también se desea aclarar que el proceder de forma ordenada y metódica en el análisis de los datos favorece la obtención de conclusiones correctas, para lo que se sugiere seguir los siguientes pasos:

1. Agrupar los datos biológicos del usuario, incluyendo la situación de salud desde la perspectiva médica, ya que es un elemento clave para enmarcar el análisis.
2. Agrupar los indicadores de no haber logrado la satisfacción de una o más necesidades que en la etapa anterior se clasificaron en el apartado "Datos que deben considerarse" (esto es, aquellos que no tienen su origen en un área de dependencia sino en la falta de capacidad física o intelectual de la persona) y que apuntan a la presencia de problemas de autonomía.
3. Agrupar el resto de las claves de que se dispone, establecer las conexiones lógicas que hay entre ellas, extraer conclusiones e identificar los problemas de independencia, de igual modo que se hace al relacionar el tipo de dieta, la ingesta de líquidos y el patrón de ejercicio de la persona con su patrón de eliminación intestinal; o la reciente jubilación, el aumento de peso, los trastornos del sueño, las manifestaciones de incapacidad para solucionar los

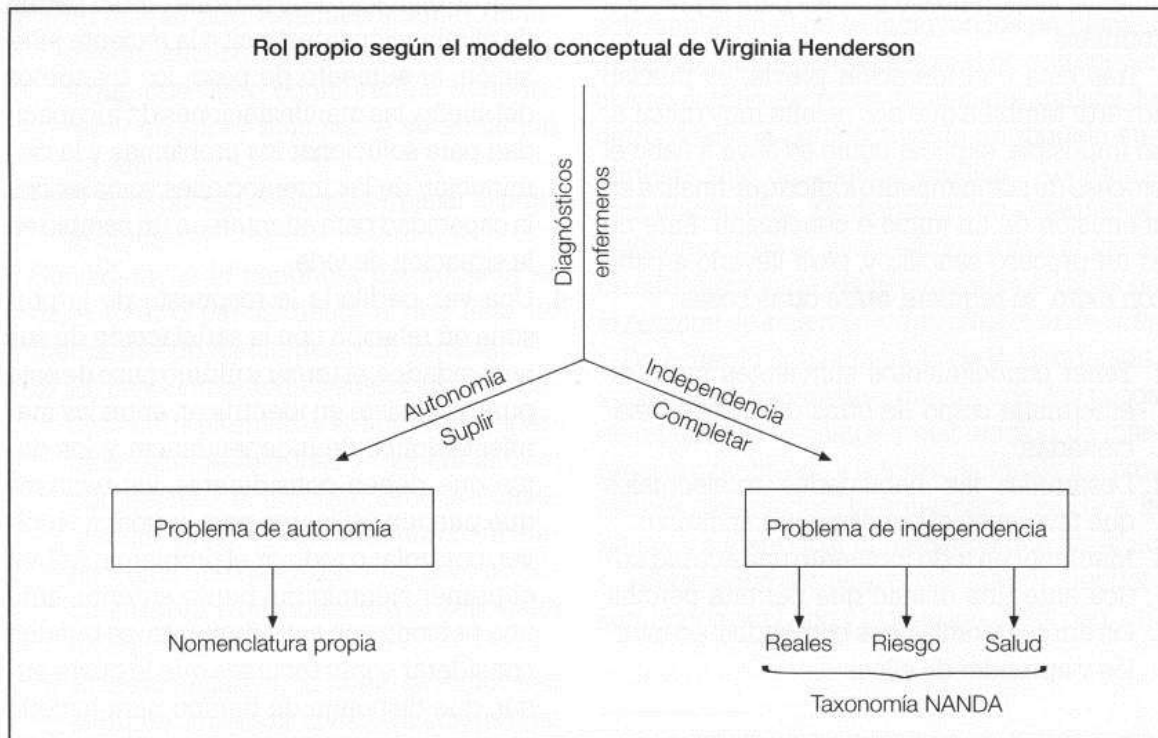
problemas y la disminución de las interacciones sociales con la capacidad para adaptarse a un cambio en la situación de vida.

4. Una vez perfilada la respuesta de la persona en relación con la satisfacción de sus necesidades, el tercer y último paso de este punto consiste en identificar, entre las manifestaciones de independencia y los datos que deben considerarse, los recursos que pueden utilizarse para ayudar a resolver, controlar o reducir el problema. Así, en el primer ejemplo del punto anterior, ante una persona con estreñimiento, se pueden considerar como recursos que le guste andar, que disponga de tiempo para hacerlo y que muestre interés por saber cómo puede mejorar su hábito intestinal; mientras que, en el segundo ejemplo (la persona con dificultad para adaptarse al papel de jubilado), los recursos podrían ser sus aficiones (tanto las que ha cultivado como las que no), el hecho de ser una persona altruista (se podría estimular su participación en algún grupo de voluntariado social) y de que dispone de una sólida red de apoyo familiar (que le aporta sensación de seguridad y pertenencia).

3.31.4.1.2. *Formulación de problemas*

Si, tal como se ha dicho anteriormente, el papel de la enfermera es suplementario-complementario, puede deducirse que dentro del área de competencia propia existen dos tipos de problemas distintos que requieren abordajes diferentes: los problemas de autonomía y los problemas de independencia.

c). IMAGEN 3: Formulación de los problemas



3.31.4.1.3. Problemas de autonomía

Reflejan una falta total o parcial, temporal o permanente, de capacidad física o psíquica del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas, la carencia de un agente de autonomía asistida capacitado.

Debe quedar claro, no obstante, que la falta de autonomía no es sinónimo de falta de independencia. Si la persona hace todo lo que puede, lo que hace está bien y quiere seguir haciéndolo, aunque su conducta no logre satisfacer sus necesidades básicas, no tiene manifestaciones de dependencia ni área de dependencia. Es independiente (puesto que ha alcanzado el desarrollo óptimo de su potencial), aunque no sea autónoma, y la única actuación enfermera posible es suplir o capacitar al agente de autonomía asistida para que haga por ella las acciones necesarias para satisfacer algunas de las necesidades básicas, puesto que, tal como se indica en el apartado "Conceptos" del modelo de V. Henderson, no todas ellas permiten el modo de intervención de suplencia.

Estos problemas revisten características específicas, puesto que no se trata de respuestas de la persona que hay que modificar sino de la única conducta posible en ese momento, por lo que no es adecuada la taxonomía de la NANDA para formularlos y, por ello, se propone la siguiente nomenclatura:

1. Alimentación (suplencia parcial / total).
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial / total).
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial / total).
4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial / total).
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial / total).
6. Higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial / total).
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial / total).

3.31.4.1.4. *Problemas de independencia*

Se entiende por problema de independencia una respuesta real o potencial de la persona ante una situación de vida que resulta apropiada pero mejorable; apropiada ahora pero no en el futuro; o inapropiada en este momento.

Aunque los problemas de independencia pueden ser reales, de riesgo o de salud, en los tres casos la terminología que se ha de utilizar para formularlos será la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

El elemento específico cuando se adopta el modelo de V. Henderson es que, a la causa o causas identificadas, debe sumarse el área de dependencia que las genera, esto es, la falta de fuerza física o psíquica, de conocimientos, o de voluntad.

1. **Problemas de independencia reales:** Son respuestas actuales de la persona que resultan inapropiadas en su situación de vida y que tienen su origen en, y se manifiestan por conductas erróneas, inadecuadas o insuficientes, generadas por una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad. Es decir, hay manifestaciones de dependencia y factores causales originados por una o más áreas de dependencia. Se formula con cuatro componentes:

Etiqueta diagnóstica + factores causales + características definitorias + área de dependencia

Ejemplo: Intolerancia a la actividad r / c desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno m / p disnea al realizar las actividades cotidianas (conocimientos, fuerza física).

2. **Problemas de independencia de riesgo:** Son respuestas potenciales inapropiadas de la persona en su situación de vida, que tiene su origen en conductas erróneas, inadecuadas o insuficientes, generadas por una falta de fuerza, de conocimientos o de voluntad. En este caso no hay indicadores de la existencia del problema, pero éstos pueden aparecer en un futuro próximo a causa de factores de riesgo presentes (manifestaciones de dependencia) generados por una o más áreas de dependencia, que convierten en vulnerable a la persona o grupo. Se formula con tres componentes:

Etiqueta diagnóstica + factores de riesgo + área de dependencia

Ejemplo: Riesgo de cansancio en el desempeño del papel de cuidador r / c satisfacción inadecuada de las necesidades de reposo y ocio del cuidador (voluntad).

3. **Problemas de independencia de salud:** Son respuestas de la persona ante una situación de vida que resultan apropiadas pero mejorables, y sobre las que quiere y puede incidir; tiene su origen en una falta de conocimientos o de fuerza física. No existen manifestaciones de dependencia ni factores de riesgo indicadores de su eminente aparición, pero sí hay un área de dependencia que consistirá siempre en conocimientos o fuerza física, porque si el usuario quiere mejorarla, es porque ya posee la fuerza psíquica y la voluntad para ello. Se formula con dos componentes:

Etiqueta diagnóstica + área de dependencia

Ejemplo: Potencial de mejora de la nutrición (conocimientos).

3.31.4.2. *Planificación*

En esta etapa, al igual que sucedía en la precedente, no se contemplan los problemas de colaboración, porque no tienen cabida dentro del modelo enfermero. Los pasos que se siguen en la planificación son los siguientes: fijación de prioridades, formulación de objetivos, determinación de intervenciones y actividades, y registro del plan.

3.31.4.2.1. *Fijación de prioridades*

En este punto, el modelo de V. Henderson no proporciona criterios específicos. Si bien las necesidades básicas están numeradas y algunas de ellas se califican de vitales, la propia autora, al especificar que todas son igualmente esenciales para mantener la integralidad, descalifica cualquier intento de utilizarlas como sistema jerárquico.

3.31.4.2.2. *Formulación de objetivos*

Varían según el tipo de problema (de autonomía o de independencia) que se trate.

3.31.4.2.3. *Problemas de autonomía*

No se escriben en términos de conductas del usuario (que no es posible o conveniente modificar en ese momento), sino de objetivos que la persona que hace la suplencia (sea ésta la enfermera o el agente de autonomía asistida) desea alcanzar. Son siempre los mismos y están implícitos en el problema:

1. Alimentación (suplencia parcial / total).
Objetivo: Favorecer una correcta alimentación.
2. Eliminación fecal / urinaria (suplencia parcial / total).
Objetivo: Favorecer la eliminación urinaria y fecal.
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial / total).
Objetivo: Facilitar la movilización corporal y conservar en todo momento una postura corporal adecuada y la fuerza y tono muscular.
4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial / total).
Objetivo: Procurar el uso adecuado de las prendas de vestir y de los objetos de arreglo personal.
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial / total).
Objetivo: Conservar la temperatura corporal dentro de los límites normales y confortables.
6. Higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial / total).
Objetivo: Mantener en todo momento la piel, mucosas y faneras limpias y cuidadas.
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial / total).
Objetivo: Proteger de las lesiones accidentales.

3.31.4.2.4. *Problemas de independencia*

Identifican siempre conductas del usuario, y pueden dividirse en dos categorías: objetivos finales y objetivos intermedios.

3.31.4.2.5. *Objetivos finales*

Reflejan el resultado esperado de las intervenciones enfermeras. Serán distintos según se trate de problemas reales, de riesgo o de salud.

1. Para los diagnósticos reales: indicará la desaparición, reducción o control del problema. Por ejemplo:
DxE: Conflicto en la toma de decisiones: Mantenimiento de la lactancia materna r / c ambivalencia de la madre m / p expresiones de “no saber qué hacer” (fuerza psíquica).
Objetivo final: En el plazo de una semana, la madre manifestará que se siente satisfecha con la decisión tomada.
2. Para los diagnósticos de riesgo: indicará el mantenimiento de la respuesta actual de la persona, es decir, la ausencia del problema. Por ejemplo:
DxE: Riesgo de afrontamiento individual inefectivo r / c el miedo a ser una carga para su familia (voluntad).
Objetivo final: Mientras dure su actual situación de salud mantendrá la capacidad actual para solucionar los problemas.
3. Para los diagnósticos de salud: indicará un aumento o mejora de la respuesta actual. Por ejemplo:
DxE: Potencial de mejora de la tolerancia al esfuerzo: actividades de la vida diaria (conocimientos).
Objetivo final: En el plazo de 2 semanas expresará que se cansa menos al realizar las actividades de la vida diaria.

3.31.4.3. *Objetivos intermedios*

Ponen de manifiesto la desaparición o reducción de las áreas de dependencia:

1. Que han dado lugar a los factores causales en los DxE reales.

DxE: Conflicto en la toma de decisiones: Mantenimiento de la lactancia materna r / c ambivalencia de la madre m / p manifestaciones de no saber qué hacer” (fuerza psíquica).

Objetivo intermedio: En el plazo de 48 horas comparará las ventajas e inconvenientes de la lactancia materna y de la lactancia con fórmula.

2. Que han dado lugar a los factores de riesgo en los DxE de riesgo.

DxE: Riesgo de afrontamiento individual inefectivo r / c el miedo a ser una carga para su familia (voluntad).

Objetivo intermedio: En el momento del alta se comprometerá a solicitar ayuda durante una semana para llevar a cabo las actividades pactadas.

3. Susceptibles de mejora en los diagnósticos de salud.

DxE: Potencial de mejora de la tolerancia al esfuerzo: actividades de la vida diaria (conocimientos).

Objetivo intermedio: Al finalizar la primera sesión de educación sanitaria, explicará las modificaciones del entorno que ayudarán a reducir el consumo de energía.

3.31.4.4. *Determinación de intervenciones y actividades*

Las intervenciones, entendidas como el modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado, y las actividades, o conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención, variarán en función del tipo de problema de que se trate.

3.31.4.4.1. *Problemas de autonomía*

En el caso de los problemas de autonomía, la intervención, además de ser siempre la misma, está implícita en el problema, lo que hace que habitualmente sea innecesario hacerla explícita:

1. Alimentación (suplencia parcial / total).
Intervención: Ayuda para la toma de sólidos o líquidos.
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial / total).
Intervención: Ayuda para la eliminación.
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial / total).

Intervención: Ayuda para moverse, adoptar posturas adecuadas y mantener el tono y la fuerza muscular.

4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial / total).
Intervención: Ayuda para vestirse y acicalarse.
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial / total).
Intervención: Ayuda para mantener la temperatura corporal.
6. Higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial / total).
Intervención: Ayuda para la higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras.
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial / total).
Intervención: Ayuda para mantener un entorno seguro.

Para determinar las actividades que deben llevarse a cabo, el primer paso consistirá en cerciorarse de la capacidad física e intelectual del usuario a fin de participar en sus propios cuidados, así como de que las actividades planificadas mantengan la autonomía e independencia que el usuario ya posee.

Una vez hecho esto, se determinara quién es la persona que va a realizar la suplencia, esto es, si va a ser la enfermera o el agente de autonomía asistida. Cuando sea alguien ajeno al equipo de cuidados, el papel de la enfermera consistirá en:

1. Cerciorarse de que la persona de que se trate posee los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas.
2. Acordar cuál es el mejor momento y la forma más adecuada para hacerlas.
3. Determinar conjuntamente qué recursos son necesarios y cómo obtenerlos y utilizarlos.
4. Efectuar un seguimiento de la situación para asegurarse de que la necesidad está adecuadamente satisfecha al tiempo que se mantienen las capacidades del usuario.

Cuando, por el contrario, la suplencia la realice la enfermera, su actuación se centrará en:

1. Planificar las actividades para ese caso concreto:
 - a) Acciones que se han de llevar a cabo.
 - b) Persona del equipo que va a realizarlas.
 - c) Momento en que se van a hacer.
 - d) Modo de hacerlas.
2. Valorar si es conveniente o no instaurar medidas de seguridad distintas de las usuales.
3. Asegurarse de que las actividades se han ejecutado.
4. Valorar el logro de los resultados deseados.

3.31.4.4.2. *Problemas de independencia*

La adopción del modelo de V. Henderson no modifica en absoluto los criterios para la selección de intervenciones.

Su aportación específica se evidencia en el momento de seleccionar las actividades, ya que la identificación, en la fase diagnóstica del área o áreas de dependencia que originan el problema, señalará de forma decisiva cuáles son las adecuadas en ese caso concreto para ejecutar la intervención prescrita y lograr los objetivos deseados. Por ejemplo:

PI: Cansancio en el desempeño del rol de cuidador r / c con la falta de experiencia en los cuidados necesarios.

Intervención: Brindar soporte al cuidador.

Actividades: Dependerán del área de dependencia:

1. En caso de falta de conocimientos (qué hacer y cómo hacerlo) puede estar indicado:
 - a) Determinar el nivel actual de conocimientos del cuidador.
 - b) Explicar las medidas terapéuticas y el porqué de ellas.
 - c) Identificar los recursos disponibles (personales, familiares y comunitarios).
 - d) Planificar el uso de los recursos de que se dispone.
2. En caso de falta de fuerza física (poder hacer), la enfermera puede optar por:
 - a) Sustituir temporalmente al cuidador si se siente agotado.
 - b) Planificar semanalmente períodos de descanso y tiempo libre.
 - c) Valorar las capacidades del cuidador para brindar los cuidados.
 - d) Demostrar la aplicación de los principios de la mecánica corporal para la movilización de personas encamadas.
 - e) Adecuar el entorno físico para reducir el gasto de energía.
3. En caso de falta de fuerza psíquica (por qué y para qué actuar, tomar la decisión adecuada) puede optarse por:
 - a) Determinar el grado de aceptación del papel de cuidador.
 - b) Favorecer la expresión de sentimientos.
 - c) Discutir los beneficios de los grupos de soporte o de autoayuda.

- d) Enseñar y fomentar el uso de técnicas de relajación para disminuir la tensión y la ansiedad.
4. En caso de falta de voluntad (querer en grado suficiente y durante el tiempo requerido) puede resultar adecuado:
- a) Fijar objetivos realistas.
 - b) Revisar y actualizar periódicamente los objetivos fijados.
 - c) Fomentar la participación en grupos de soporte o autoayuda.
 - d) Reforzar las actitudes positivas.
 - e) Elogiar los logros obtenidos.

3.31.4.5. *Registro del plan*

En este paso no hay ninguna modificación en el registro del plan de cuidados respecto a las normas

3.31.4.6. *Ejecución y evaluación*

En la puesta en práctica de las actividades y la evaluación de la consecución de los objetivos señalados, el modelo adoptado influye de manera indirecta ya que, si bien los pasos que se van a realizar, la forma en que se llevan a cabo está determinada en el plan de cuidados que, tal como hemos visto anteriormente, está condicionado por el modelo.

3.32. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

- ***Ayuda Al Paciente En La Función Respiratoria:*** Las enfermeras deben vigilar cualquier signo de obstrucción en las vías respiratorias y estar preparadas, en determinadas circunstancias, a insertar tubos respiratorios y a utilizar drenajes por succión y posturales. Puesto que no hay mayor amenaza para la vida que un bloqueo respiratorio, el paciente sujeto a este trastorno debe enterarse de las causas que lo producen, la manera de combatirlo y, si es posible, la manera de evitarlo. En estos casos, la enfermera prepara con el médico un programa para enseñar a cada paciente; La participación que, en esta labor, corresponda a la enfermera dependerá de la que el médico asuma.

Las enfermeras han de saber practicar la respiración artificial y manejar los respiradores. Como parte de esta última función, han de explicar al paciente la estructura del respirador y el principio en que se basa su funcionamiento.

Las enfermeras deben vigilar también la temperatura ambiente y la humedad relativa, así como la presencia de sustancias irritantes en el aire, incluidos los olores desagradables. Aunque no se disponga de equipo de aire acondicionado, es posible, en la mayoría de los casos, mantener una atmósfera saludable y agradable mediante la ventilación natural y la limpieza

- **Ayuda Al Paciente A Comer Y Beber.** En la preparación profesional de las enfermeras no hay ningún aspecto más importante que el estudio de la nutrición.

Las enfermeras han de estar preparadas para aconsejar sobre los niveles de talla y peso; Sobre los requerimientos nutricionales y sobre la selección. Para rendir un servicio eficaz, la enfermera debe conocer los hábitos alimentarios, los gustos y los tabúes. Igualmente ha de poseer ciertos conocimientos intuitivos o adquirirlos sobre los aspectos psicológicos de la alimentación y comprender lo que esta función significa para el desarrollo.

El perfeccionamiento de la alimentación y enteral ha salvado millones de vidas, pero ambos métodos son, hasta cierto punto, peligrosos y dolorosos, mientras que el comer está libre de peligro. Un número suficiente de enfermeras competentes, que dispongan de alimentos bien preparados para ofrecerlos al paciente, puede reducir considerablemente la cantidad de alimentación extraoral que se prescribe. Puesto que la enfermera permanece con el paciente más que ningún otro miembro del personal, se encuentra en la mejor posición para saber qué es lo que el paciente quiere comer y beber, para sacar el mejor provecho de sus hábitos alimentarios sanos y para disuadirle de los que no son buenos para la salud.

Si el paciente está en condiciones de comer en la forma acostumbrada, si se siente físicamente cómodo, si no está sujeto a tensiones emocionales y si los alimentos tienen un aspecto agradable (desde su punto de vista, comerá mejor que si le faltan todos estos requisitos o alguno de ellos. Todas esas condiciones forman parte de los cuidados básicos de la enfermería

- **Ayuda Al Paciente En Las Funciones De Eliminación:** La enfermera debe conocer los límites “normales” de la eliminación urinaria y fecal: Ha de saber hasta qué punto es “normal” la sudación y la respiración, la eliminación

pulmonar y la menstruación. Es muy importante que la enfermera sepa juzgar la función de eliminación por el aspecto de las heces. Igualmente, su conocimiento, el conocimiento de los valores que normalmente deben aparecer en los análisis de excreta, le debe permitir enjuiciar inteligentemente los informes de laboratorio, e Interpretar, e acuerdo con ellos, las necesidades del paciente.

Las enfermeras deben estimular a los pacientes para que les digan lo que les resulta violento explicar al médico, y lo mismo deben hacer los enfermeros en el caso de que los médicos sea una mujer. En todos los casos, las observaciones deben servirle de orientación sobre los cuidados necesarios, y los informes que prepare deben indicar al médico si, en general, la eliminación es “normal” o anormal.

Las enfermeras deben tratar de utilizar de la mejor manera los recursos disponibles, pero es parte de su función observar lo que necesitan los pacientes y hacer todo lo posible para mejorar los medios apropiados, o sea en este caso para aumentar los retretes destinados a personas débiles e incapacitadas.

El cuidado de la piel, las medidas de comodidad, el control de los olores y la prevención del enfriamiento son problemas en los que el paciente necesita ayuda, cuando suda excesivamente. Estos casos así como los de piel excesivamente seca, han de ser generalmente atendidos por la enfermera.

Igualmente incumbe a la enfermera la función de ayudar al paciente a proteger a los demás del contacto con todas las eliminaciones del organismo, y proporcionarles todos los medios equipos para esta protección.

- ***Ayuda Al Paciente Para Que Mantenga La Debida Posición Al Caminar, Sentarse, Acostarse, Y Para Cambiar De Postura:*** Son muchas las formas en que, recientemente se ha destacado la importancia de la mecánica del organismo en relación con la enfermería básica. Las enfermeras especialistas, los ortopédicos y las fisioterapeutas han puesto de relieve esa importancia, tanto en lo que respecta a la protección de la enfermera, mediante la debida utilización de la mecánica corporal, como en la que se refiere a la prevención de deformidades y de anomalías en las funciones del paciente.

La enfermera debe conocer los principios del equilibrio, alineación y apoyo. Debe saber colocar al organismo humano bien alineado y prestarle el apoyo necesario en todas las posiciones, lateral supina y prona, así como cuando el

paciente esta sentado o incorporado en la cama igualmente ha de saber prestar apoyo al enfermo sentado en una silla y cambiando de posición.

La enfermera ha de enseñar a otras personas a que le ayuden a cambiar la posición del paciente y por último ha de ayudar al paciente a recobrar independencia neuromotora cuando sea posible.

Es conveniente que las enfermeras se familiaricen con el uso de las sábanas de volteo y levantamiento de paciente, y con el empleo de dispositivos mecánicos que faciliten el movimiento del cuerpo humano. Asimismo las enfermeras de toda colectividad deben conocer los recursos existentes para transporte de pacientes, y la forma de utilizar esos recursos al viajar con personas enfermas; también han de saber asesorar a los enfermos y sus respectivas familias en los casos de viaje.

La enfermera tiene la obligación de vigilar que el paciente no permanezca en la misma posición durante un tiempo demasiado prolongado.

La prevención de úlceras de decúbito, en pacientes guardan cama, de corrientemente idea de la calidad del servicio de enfermería que recibe el paciente, ya que puede conseguirse mediante la limpieza y frecuentes cambios de posición.

- **Ayuda Al Paciente En El Descanso Y Sueño:** Puesto que el descanso y el sueño dependen en parte de la relajación muscular, la enfermera que conoce bien la mecánica del organismo, el la forma que acabamos de describir, esta en condiciones de ayudar al paciente en el reposo y en el sueño.

Todo lo que contribuye a ser mas agradable el transcurso del día para una persona, todo lo que aumenta su sensación d bienestar, todo lo que contribuye a que el paciente sienta que ha aprovechado el día, aumenta las posibilidades del sueño natural. La eliminación de factores irritantes, como son los ruidos, olores o escenas de desagradables, contribuirá a provocar el sueño, como contribuirá también la satisfacción del hombre.

La enfermera en la habitación a la hora de dormir y alguna frase atenta y alentadora contribuyen considerablemente a vencer la ansiedad que se produce después que los visitantes se retiran y el paciente se queda solo con sus preocupaciones.

- ***Ayude Al Paciente En La Selección De Ropas De Cama, Y Al Vestirse Y Des Vestirse:*** No obstante los cuidados básicos de enfermería comprenden la función (le ayudar al paciente a seleccionar debidamente las ropas y ayudarle también en que haga el mejor uso posible de la misma.

La imposición de ropas incompatibles con el paciente puede deprimirle o perturbarle considerablemente.

Las enfermera pueden contribuir a que no se invada innecesariamente la libertad del paciente en lo que respecta a la indumentaria, asimismo, pueden reducir a un mínimo el tiempo en que el pacientes ve privado de ropas o en que ha de utilizar prendas que le son desagradables.

En cuanto al enfermo y al invalido, la enfermera debe proporcionarles la fuerza física que necesitan al vestirse y desnudarse.. Enseñar a una persona a recobrar su independencia en esta actividad diaria es parte de su rehabilitación.

- ***Ayuda Al Paciente A Mantener La Temperatura Del Cuerpo Dentro De Los Límites De La Normalidad:*** La enfermera ha de mantener las condiciones ambientales dentro de las márgenes de comodidad, esto es relativamente fácil cuando el paciente puede o quiere comunicar sus necesidades y cuando se dispone de medios para regular las condiciones ambientales. Las enfermeras deben conocer los principios fisiológicos de la producción y perdida de calor y saber promover cualquiera de esos procesos mediante la alteración de la temperatura, la humedad o el movimiento del aire, o bien advirtiéndolo al paciente que aumente o disminuya su actividad, que cambie la ingestión de nutrientes o que varíe las ropas que cubren su cuerpo. La enfermera ha de estar en condiciones también de aconsejar o de administrar baños apropiados, envolturas y otros medios para elevar reducir la temperatura corporal.

Las enfermeras deben reconocer las medidas para proteger los ojos y la piel contra la luz del sol y las extremidades contra el frío.

- ***Ayude Al Paciente En La Higiene Y Aseo Personal Y En La Protección De La Piel:*** El aseo de una persona es un signo exterior de su estado de salud.

El baño en la cama era, en cierto modo, el punto fundamental de los cuidados de enfermería (aun son muchos los pacientes y las enfermeras que lo consideran así).

Se debe proporcionar a todo paciente el material, medios de ayuda necesaria para la limpieza de la piel, del cabello, de las uñas, de la nariz, de la boca y de los dientes. Los conceptos de higiene varían, pero hay que procurar que el paciente no se vea obligado a reducir el nivel higiénico a que esté acostumbrado, por el hecho de encontrarse enfermo.

Lo ideal, es que el número de baños completos se determine de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente. Esos baños deben repetirse con la suficiente frecuencia para que el paciente tenga un aspecto limpio y aseado, y para combatir los malos olores del cuerpo y proteger la piel contra la maceración y otras formas de irritación.

Todo enfermera debe saber mantener aseado al paciente, cualquiera que sea la talla de este, la posición en que haya de permanecer y su estado físico o emocional.

- ***Ayuda Al Paciente Para Evitar Peligros Ambientales Y Proteger A Las Demás Personas Contra Cualquier Peligro Posible, Derivado Del Propio Paciente, Como Las Infecciones Y La Violencia:*** Cuando mejor informada este la enfermera de los verdaderos peligros y de los que se cree que existen por causa de las costumbres y creencias religiosas mas probabilidades tendrá de eliminarlos, de controlarlos, o, por lo menos, de ofrecer explicaciones tranquilizadoras.

Cuando el paciente sufre de una enfermedad muy contagiosa, la protección de las demás personas, inclusive la de la propia enfermera, ocupa tanto tiempo que las horas dedicadas a los cuidados de enfermería, en una división de enfermedades transmisibles, son relativamente muy numerosas.

Forma también parte de la enfermería la ayuda al paciente para protegerlo contra traumatismo, como las caídas; contra los peligros materiales, como el fuego; contra los productos químicos tóxicos; contra los insectos y otros animales, y contra los microorganismos patógenos siempre presentes en el ambiente.

- ***Ayuda Al Paciente A Comunicarse Con Otros Para Expresar Sus Necesidades Y Sentimientos:*** Cuando mayor muestra ¡a enfermera, cuando mas se capte la confianza de su paciente y (le sus familiares, mejor podrá ayudar al paciente a vencer los peligros psicológicos que acarrear las enfermedades. Si la enfermera acepta la función de interprete-comunicante, aprovechara las oportunidades que se le presenten para estar con el paciente y conocer a las personas relacionadas con el, escucharlas y conversar con

ellas. Igualmente puede servir de mediadora para conseguir que un familiar, amigo o sacerdote visite a un enfermo, y asistirá gustosa a cualquier cambio de impresiones en que el personal dedicado al cuidado de un paciente aúne todos sus conocimientos y opiniones en beneficio de este.

- ***Ayude Al Paciente A Practicar Su Religión O A Actuar De Acuerdo Con Sus Ideas Del Bien Y Del Mal:*** El respecto a las necesidades espirituales del paciente y la ayuda para que pueda satisfacerlas forman parte de los cuidados básicos de enfermería, en toda clase de circunstancias. Si las prácticas religiosas son esenciales para el bienestar en el hombre en el estado de salud, son todavía más indispensables en caso de enfermedad. Este concepto de hacer todo lo posible para que el paciente pueda practicar su religión supone una serie de actividades específicas: Ayudar al paciente a ir al oratorio, o hacer que pueda hablar con el sacerdote en privado y permitirle que reciba los sacramentos que forman parte de su vida religiosa. Para la mayoría de las enfermeras esta es una tarea difícil sino tienen idea de las creencias religiosas del paciente. En cambio si la conocen, resulta mucho más fácil.
- ***Ayude Al Paciente Para Que Trabaje O Tenga Una Ocupación Productiva:*** Para la mayoría de las personas, un día normal comprende el desarrollo de actividades que rindan un resultado práctico.

La enfermera que ayuda al paciente a planear sus actividades del día puede alentar a que haga cualquier “trabajo” que le interese, y facilitarle el desarrollo de cierta actividad productiva.

Como en todos los demás aspectos de la enfermería básica, es indispensable saber interpretar las necesidades del paciente.

La enfermera debe estar alerta para captar las señales de interés en cualquier actividad, por parte paciente, y si posee los suficientes conocimientos, experiencia y habilidad, le ofrecerá oportunidades a este para despliegue alguna actividad que le de la sensación de ser útil. Hay que ofrecer al individuo la mayor variedad posible de actividades.

- ***Ayude Al Paciente En Las Actividades Recreativas:*** El recreo o los juegos, en contraste con el trabajo, son actividades que se llevan a cabo para diversión, más bien que para obtener una finalidad productiva aunque en algunos casos, puede tener un rendimiento.

Al preparar un plan de cuidados básicos de enfermería, convendría que la enfermera se hiciera las siguientes preguntas: ¿Que horas del día podrían

destinarse beneficiosamente a las actividades recreativas? ¿Cuales son los intereses del paciente en este aspecto? ¿De que medios recreativos se dispone en el caso en cuestión?.

La selección de actividades específicas depende de la edad, sexo, inteligencia y gustos del paciente, así como de su estado, o de la gravedad de la enfermedad, de lo que le agrada, el ejercicio, y las artes y, naturalmente, de los recursos disponibles en cuanto a juegos y compañía. De todos modos, esta selección depende mucho más de la imaginación y talentos del paciente y sus compañeros que los recursos materiales existentes.

Las enfermeras deben tratar ¿mejorar los estímulos y los medios de hacer ejercicio.

Ayudar a los familiares y amigos a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.

- **Ayuda Al Paciente A Adquirir Conocimientos:** La función de las enfermeras, en las tareas educativas relacionadas con el fomento de la salud y el restablecimiento del paciente, consiste en fortalecer y aplicar el plan de tratamiento prescrito por el médico.

La misión educativa de la enfermera en materia de salud es una de sus funciones principales. Como ya se indicó anteriormente.

La enfermera no sabrá que es lo que el paciente necesita, si no averigua las causas de las confusiones en que este incurra al seguir el régimen en cuestión.

Siempre que preste algún servicio al paciente, debe preguntarse si no convendría aprovechar la oportunidad para enseñar, al propio paciente o algún miembro de la familia, la manera de llevar a cabo la actividad de que se trate o algún aspecto de la misma. No debe olvidar nunca que la finalidad perseguida es restablecer, siempre que sea posible, la independencia del paciente.

3.33. MARCO TEÓRICO EN COMUNICACIÓN

3.33.1. La educomunicación para la salud

Generalmente cuando se piensa en el cómo desarrollar los componentes de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad salen a la escena como protagonistas principales la educación y la comunicación para la salud. Se ha adoptado el término de EDUCOMUNICACIÓN PARA LA SALUD; queriendo obtener con él, una mirada y una forma de aplicación más integradora entre lo educativo y lo comunicativo.

Para efectos de comprender la Educomunicación para la Salud, primero se presentan los significados y los sentidos que tienen por separado los conceptos de “Educación para la Salud” y “Comunicación para la Salud”; para así finalmente, hacer una integración y obtener una visión de lo Educomunicativo¹.

3.33.1.1. *Educación para la salud*

Los seres humanos tienen realidades de las cuales no se pueden separar. No importa como se vean, se comprendan o las asuman, sencillamente son parte de la vida. Una de esas realidades es la educación.

Se concibe la educación como un proceso que busca desarrollar al “ser humano” acorde al tipo de sociedad y de hombre-mujer que se desea. Es por eso que todo proceso educativo se ve afectado por la dinámica y por la complejidad de cada individuo, grupo o colectivo.

Este fundamento y sentido de la educación es siempre el mismo; lo que cambia es “el terreno” donde se aplica o concreta el acto educativo. Es decir, una profesora de primaria, una madre de familia, el promotor de salud o un docente universitario estarían trabajando por un mismo fin: Contribuir al desarrollo de los seres humanos que acompañan y por ende al de la sociedad y la humanidad a la que pertenece.

¹ Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Instituto PROINAPSA. Bases Conceptuales y Procedimientos Técnicos en el Desarrollo de Estrategias Integrales de Comunicación Educativa Para la Salud Colectiva. Encontrando Sentidos.

A continuación se va a ampliar los sentidos y los fundamentos que se tiene en cuanto a la educación, aplicada en este caso al campo de la salud.

Se asume que el propósito de la educación es llevar a un despertar o toma de conciencia de lo que se es, se piensa, se siente y se hace. A este despertar también se le llama aprendizaje. Una persona puede despertar sola, despertar a otras aún estando dormida o despertar mutuamente con el otro. La educación debe estimular en la persona la capacidad de sorprenderse y de optar por eso nuevo que descubra en el camino del aprendizaje.

Al despertar se esta transformando la realidad como seres humanos y el mundo al que se pertenece. Por eso la educación es un proceso social permanente, por el cual cada individuo aporta a su núcleo social y a la humanidad.

Cuando se aprende, se esta reafirmando y descubriendo cada una de las potencialidades; igualmente se esta permitiendo construir en forma libre y autónoma significados, ubicándose en el mundo al que se pertenece, se sabe cómo moverse en él, cómo aportarle y cómo canalizar lo que se ofrece en beneficio del propio desarrollo, de los demás y del medio. El aprendizaje se concreta en el desarrollo del saber (tener razones), el comprender (concebir la esencia), el sentir (desear) y el actuar (tener las habilidades), es decir queda impregnado en la cabeza, el corazón y las manos del individuo.

El aprendizaje se da cuando se ejercita el pensar acerca de la propias ideas, creencias, sentidos y prácticas. Todos tienen la posibilidad de pensar.

Cada persona tiene su propia forma y ritmo de aprendizaje, cada individuo amerita un tiempo y un método para comprender, interiorizar y actuar. Comprender esta diversidad y canalizarla, enriquece los procesos de aprendizaje y les da el toque humano.

Por eso se afirma que se educa para la diversidad y no para igualar. Educar es fomentar el desarrollo de diferentes formas de pensamiento para ser personas indagantes y proactivas. Lo que implica la aceptación de que la libertad exige responsabilidad.

La educación se da a través del encuentro con otras realidades, otras verdades, otras experiencias, otras miradas, etc., las cuales pueden estar en una persona, en un texto o en un contexto. Lo cual nos amplía la visión reduccionista de mirar la educación como un evento que sólo se lleva a cabo en un espacio enmarcado por cuatro paredes, en el llamado salón de clase.

En este encuentro educativo hay interacción y comunicación. La educación interpreta al diálogo como metodología central que permite a las personas crear espacios de cuestionamiento e interpretación de sus realidades. Es aquí donde empieza a tener sentido lo Educomunicativo.

Si se ubica este encuentro en los contextos de la educación formal, no formal e informal, las personas que participan en él serían aquellas que asumen la responsabilidad de orientar la acción educativa y las que son el centro del aprendizaje. Las primeras son las llamadas EDUCADORAS o EDUCADORES, quienes deben garantizar los estímulos y los ambientes que se requieren para el aprendizaje y están dotados de elementos y herramientas que disminuyen el margen de eventualidades, sin renunciar a disfrutar de lo que se genere en el proceso educativo; por ello se les llama FACILITADORAS o FACILITADORES.

El papel como Facilitadora o Facilitador le exige a la persona ser ejemplo, confiar en el otro, tener en cuenta que sus teorías y visiones no son verdades absolutas sino relativas y estar abierto a otras posibilidades, inclusive a las que le proponen sus interlocutores. Así mismo, se debe ser consciente de que este es un papel circunstancial, puesto que es una persona que interviene e interactúa en un momento puntual en la vida del otro, donde se afectan mutuamente.

El otro interlocutor del encuentro educativo es el EDUCANDO, protagonista y centro del aprendizaje. Se cree que la mejor forma de llamarlo es por su nombre o por la característica que lo identifique.

El papel del participante es protagónico y lo asume cuando se pregunta, cuestiona, propone, goza de sus aciertos y desaciertos, pone en práctica, y se plantea como un reto el aportar al conocimiento y a la vida.

El encuentro educativo se realiza en condiciones únicas e irrepetibles, en el que el Facilitador se basa en la confianza. Y donde utiliza varias posibilidades metodológicas, las cuales dependen de la individualidad de cada persona, de las representaciones finales pedagógicas perseguidas y de la singularidad de cada situación.

En la educación hay muchos caminos posibles y no siempre lo que se obtiene es un producto esperado o acertado, el error puede dar origen a una nueva virtud o a un nuevo descubrimiento. El acto educativo se concreta mediante las relaciones de los interlocutores, los ambientes y los estímulos que se generan para aprender; es ahí donde se vuelve tangible. Muchas veces la educación se ha centrado en ellos, lo que ha generado, una visión instrumental, y es por eso que para la mayoría de las personas pensar en educar es buscar cómo hacer la charla, el taller, el papelógrafo, la cartelera, la diapositiva, etc., desconociendo que estos

sólo tienen sentido cuando hay una comprensión y un sentido del proceso educativo y de la relación de la educación con el desarrollo humano y social.

Es así como partiendo de los anteriores planteamientos, se concibe que la educación para la salud es un pilar fundamental para el desarrollo de los conceptos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y que se lleva a cabo a través de un proceso que propicia encuentros para que el individuo y la comunidad adquieran y fortalezcan conductas saludables. Estas conductas se concretan en el saber (tener razones), el comprender (concebir la esencia), el sentir (desear) y el actuar (tener las habilidades) frente a la salud.

3.33.1.2. *Comunicación en salud*

- **Aquí la palabra clave es Conversación.** Se concibe la comunicación como un espacio de encuentro basado en el diálogo o conversación. Interesándose por ayudar a construir sociedades con alta capacidad de conversación sobre sí mismas, en donde las decisiones no provengan solamente de la costumbre sino de la reflexión y del análisis sobre lo que sucede. Sociedades dotadas de espacios aptos para la conversación, de provocaciones para escuchar a la otra persona, de posibilidades para que cada cual exprese su pensamiento, de escenarios en donde unas versiones y otras se encuentren, a veces confrontándose, a veces comprendiéndose, a veces divirtiéndose.

El resultado del diálogo es el de intercambiar y construir sentido, cada cual acorde con sus propios parámetros. Fundamentalmente para intercambiar formas de percepción y comprensión de los hechos y para obtener como resultado nuevas construcciones que le den significado a lo que se es, a lo que se desea y a la forma en que se desea. Lógicamente esos sentidos corresponden a las posibilidades, los parámetros y las restricciones propias de cada grupo social que aborda la conversación.

Todas las personas tienen una experiencia, tienen algo por contar, tienen algo nuevo por escuchar. En las conversaciones no hay restricción, la idea es que se convoque a todas las personas que tengan posibilidad de participar de ella. Ese es el objetivo de la conversación, lograr que los grupos sociales pongan en la mesa de conversación su identidad, sus sueños, sus realidades y sus maneras de alcanzarlos, para saber si son los que en realidad aspiran, si las formas de conseguirlos son las adecuadas, si podrían experimentar otra forma de llevarlos a cabo.

Es una conversación que hace posible la incorporación de las personas ciudadanas y que trabaja sobre tres aspectos centrales:

- ¿Quiénes son las personas que participan de esta conversación?(identidad).
- ¿Qué quieren, con qué sueñan, a qué aspiran, qué desean? (prospectiva).
- ¿Cómo creen que pueden obtener aquello que desean? (eficiencia y eficacia).
-
- **La intención de la comunicación es hacer de ella una oportunidad de diálogo reflexivo, crítico, contextualizado, argumentado**, que establezca acuerdos y confrontaciones con los intereses del otro y la comunidad, validados con elementos que construyan, evidencien los sentidos, sustenten en las personas el porqué de sus acciones y trasciendan la conducta personal.

Esta forma de lo comunicativo no se preocupa por la persuasión de la otra persona. Ve a las personas como iguales que intercambian los ‘valores’ de sus vidas y que en la medida en que lo hacen de manera crítica, logran pasar de la obediencia a la inteligencia; no hacen las cosas movidos por criterios de autoridad sino de sentido propio.

Cada persona aporta desde su orilla, desde el jugo que le ha sacado a su propia experiencia. Eso es lo que quiere decir horizontalidad, es reconocer en el campo de la comunicación la ciudadanía que es propia de todas las personas, su derecho a expresar y su deber de escuchar.

Por eso comunicarse no es un estricto fenómeno físico de transmisión, sino sobre todo un escenario de encuentro en donde el perfil o la forma de ser de cada personaje va aportando en la creación de un trama único, particular, una historia propia que se va desarrollando y que tiene la posibilidad de cambiarse si la relación entre los personajes y sus historias también cambia. Ese es el valor de lo comunicativo, que puede ayudar a conectar historias diferentes, capaces de construir nuevas historias, también diferentes, no imaginadas.

- **La comunicación como diálogo de saberes.** El saber técnico debe ser compartido y contextualizado, no validado por la autoridad sino por el sentido que tiene para los interlocutores. Es una versión especializada del hecho que no anula las otras, las enriquece con una posición nueva.

Esto es mucho más decisivo cuando se precisa que la comunicación es la realización de diálogos entre culturas, entre maneras de comprender el mundo, que grupos de personas han considerado válidas, valiosas y propias, a su medida.

Cada interlocutor proviene de una cultura que le ha dado sentido a una forma de vida, el reto es establecer intercambios horizontales, respetuosos, que fortalezcan las identidades culturales sin impedir la reflexión, por el contrario, que propicie la automirada, la autorreflexión, un proceso que permita convocar el interés de las personas, atraer su atención, pasar de lo no crítico a lo crítico, de la obediencia a la inteligencia, entregar información nueva, de calidad, diferente, que contraste, que ayude a pensar en el lugar propio y en el de otros.

En ese caso, aceptar que los movimientos se realizan en el campo de los diálogos culturales, lo coherente es que no se pretende imponer una versión sobre otra, sino activar el proceso de conversación de cada cultura sobre sí misma y sobre las otras, de manera que el resultado sea fortalecer la identidad cultural de cada grupo humano, y no solo la propuesta de uno u otro sector en particular.

Vistas así las cosas, lo comunicativo es un proceso de intercambio de sentidos, que puede ser más provechoso si se hace de manera horizontal y respetuosa, es decir, permitiendo a cada cual que tome su propio ritmo de desarrollo, pero manteniéndolo vivo, caminando, en movimiento.

Ese pensamiento, puesto en la reflexión sobre lo comunicativo sugiere que la clave no es la conclusión que se obtenga en un grupo luego de una conversación; lo clave es que el grupo adopte la dinámica de conversación que le permita en forma periódica y rutinaria estar revisando sus conclusiones y aportes. Mejor dicho, que reconozca que en medio de su estabilidad hay un movimiento permanente.

- **La Comunicación se fundamenta en la confianza de los interlocutores.** Cuando en comunicación se presiona el resultado a obtener se produce desconfianza, angustia, que engeuece. Por eso tiene tanto sentido confiar.

Confianza, es persuadirse que cada persona tiene una parte de razón, tiene un motivo al cual ha llegado a partir de su reflexión y desde el cual justifica sus actos. No ofrece garantía alguna ni prefija los resultados que ese grupo de personas debe obtener, más bien reconoce su autonomía y acepta que tienen derecho a encontrar su propia forma de desarrollarse, de hacerse saludable, de Confiar es tener la plena convicción de que el otro (la persona o el grupo humano) tiene la capacidad de autodeterminarse, que de lo que se requiere es de una oportunidad. Para aquel que ha de confiar valen determinadas ideas y principios, pero cuestiona también su validez y queda así abierto y accesible a los argumentos de los otros; jamás piensa que está en oposición de la verdad,

de la que pueda disponer como una cosa, de modo que informa, pero sin forzarlos a someterse a su opinión.

La desconfianza aparece cuando ya se tiene decidido lo que debe hacer el otro y entonces la obsesión por obtenerlo produce angustia, una angustia que no deja ver esa capacidad, autonomía y manera propia de hacer las cosas que está inherente a toda persona y sociedad humana.

- **La comunicación es mediación.** Los agentes externos a esa realidad individual y colectiva son mediadores de ese diálogo y el reto de la comunicación es diseñar escenarios para que ese dialogo se haga realidad. Se reconoce que la conversación social existe, mas allá de los actos y que la sociedad conversa sobre temas de diversas formas.

En el caso de la conversación, se cree que el deseo de diálogo, las ganas de conversar pueden ser provocadas con mensajes sugestivos, provocadores, atractivos, poseedores de una estética y de temáticas cercanas y atractivas para quien los reciba.

Ser provocadores de la conversación implica producir “ganchos” a la medida de las personas que los van a recibir, desde sus intereses, aspiraciones, interrogantes, que las motiven acercarse. Es por eso que para hacer la producción de materiales comunicativos, es necesario investigar la audiencia, reconocerla desde sus gustos, puntos de vista, maneras de comprender para incorporar, aspectos que no siempre coinciden con los propios, en la producción del mensaje que se va a elaborar.

- **La información que alimenta el diálogo proviene de la investigación.** La calidad de la comunicación depende en gran medida de la calidad de la investigación con que se alimenta.

Investigar es averiguar, pensar y comprender por qué para alguien tiene sentido lo que piensa, valora y hace. Es así como la conversación es una investigación, porque si se asume que ese alguien vale la pena ser investigado es porque se esta movido por un sentimiento de confianza profunda, se reconoce que esa persona tiene un motivo por el cual hace lo que hace.. La calidad de la investigación que se hace, determina en alto grado la calidad de la Comunicación que se llegue a dar.

Cada propuesta de lo comunicativo refleja una forma de construir desarrollo, de imaginar el bienestar y la calidad de vida, de soñar el futuro, de planificar la forma de convertir los sueños en realidad. Pensar en lo comunicativo es

inevitablemente una forma de pensar el tipo de sociedad en que se vive del que se proviene y al que se quisiera llegar algún día, según la clase de relaciones que se desean tener, según la clase de procesos y resultados que se aspira vivir y obtener. Se puede ver así; cómo en la medida que se avanza va cobrando mayor sentido lo Educomunicativo.

Las posiciones expuestas debilitan la obsesión que se ha tenido por controlar los cambios de las demás personas y culturas. Por otro lado debilita la desconfianza que se tiene de que la gente actúe en la forma equivocada por el sólo hecho de que actúa en forma diferente de como lo se ha imaginado..

Es así como puede verse que la comunicación concebida tal cual se ha planteado, es en sí misma una conceptualización saludable, porque busca el encuentro, el compartir, las relaciones horizontales, sin embargo si se precisa una conceptualización de la **Comunicación para la Salud**, se afirmaría que es la apertura de espacios de conversación que favorecen la búsqueda de la armonía en las relaciones que tiene el individuo consigo mismo, en relación con el otro y con el medio. Convirtiéndose, al igual que la Educación para la Salud, en un pilar fundamental para el desarrollo de los conceptos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

Esta mirada de lo comunicativo no disiente con lo propuesto por la Organización Panamericana de la Salud- OPS, que asume que, la Comunicación para la Salud se puede aplicar en tres ámbitos: Como práctica social, como práctica formativa y como práctica para permitir el flujo y reflujo de información social y masiva.

Textualmente dice la OPS: “La comunicación concebida como práctica social, dinámica y activa permite en su ejercicio la generación de espacios de encuentro para el diálogo y el consenso con el fin de propiciar un desarrollo integral desde ‘/ en los diferentes elementos que la componen. Estos espacios de encuentro son los que permiten construir desde lo local y lo personal, las diferentes percepciones de la cotidianidad y de la función y responsabilidad que cada individuo asume desde su ser social. Como práctica formativa la OPS plantea que la Comunicación sirve ‘para impulsar procesos de desarrollo personal y comunitario; comunicar constituye en este contexto, la tarea de poner a la persona en relación con su comunidad, con la historia y sus acontecimientos, darle a su vez al hombre la capacidad de serlo cada vez más plenamente” y mirada la comunicación como flujo y reflujo de información afirma que se requiere una “destreza para imaginar, pensar, crear, concebir y manejar herramientas que faciliten la apropiación y recreación de mensajes y contenidos, pero que además permita tomar imprecisiones, percepciones y nuevos contenidos, reabriendo constantemente el proceso comunicativo”.

Viéndose así como los propósitos, los sentidos, los procesos y los elementos de la comunicación y la educación para la salud, son muy compatibles y se integran fácilmente en lo que se ha llamado EDUCOMUNICACIÓN o COMUNICACIÓN EDUCATIVA. La cual es considerada como un proceso que propicia encuentros para el diálogo con el fin de contribuir al desarrollo individual y social de quienes participan en él.

Desde la perspectiva sistémica, la Comunicación Educativa se puede comprender como un conjunto de elementos complejos y dinámicos, afectivos e informativos que interactúan generando una modificación en la naturaleza de cada una de las partes que participan en el acto comunicativo-educativo.

Lo que se manifiesta en dicha interacción es la conducta comunicativa del educador-comunicador y del participante o sujeto del aprendizaje, quedando como producto de ella aprendizajes valiosos. Por lo tanto, no se da comunicación educativa cuando simplemente hay transmisión de información, o cuando lo que se produce es una imposición alienante sobre el otro.

Desde la mirada del Ministerio de Salud de Colombia, se estaría planteando la comunicación desde la función educativa, cuando es “mediadora para el intercambio simbólico, como proveedora de insumos útiles para la construcción de nuevos saberes o como portadora de elementos culturales que permitan a los interlocutores trascender de la información a la formación”.

Los desarrollos esperados en los procesos educomunicativos tienen que ver con el fomento de la salud integral individual y colectiva.

3.33.2. Lo estratégico en la educomunicación para la salud

Históricamente el concepto de estrategia ha estado relacionado con la dirección de operaciones militares destinadas a lograr objetivos predeterminados. Desde este punto de vista se comparte, que lo que se busca es alcanzar algún objetivo.

En cambio en planeación, lo estratégico se refiere principalmente a la capacidad de observación y anticipación frente a desafíos y oportunidades que se generan tanto de las condiciones internas como externas.

Es el **cómo** desarrollar una visión de futuro sin que en ningún caso sea un recetario o una enumeración de acciones programadas sino que involucre la

capacidad de determinar a dónde se quiere llegar, tomar decisiones, organizar recursos, acciones y apoyos funcionales destinados a acercarse a esa visión y a examinar los resultados y consecuencias de esas decisiones. También en este caso, se comparte que lo estratégico implica establecer una forma de proceder para organizar y obtener resultados con un fin de construir el presente y el futuro.

En la ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA o ESTRATEGIA EDUCOMUNICATIVA se aborda su concepto fundamentándolo como un proceso que va desde lo comunicativo, y que avanza hacia la acción ofreciendo diversas posibilidades ante los interrogantes de quiénes somos, a dónde queremos llegar y cómo lograrlo. Así, una estrategia puede construirse a partir de un proceso comunicativo. Con el otro desde el cual se realiza un análisis situacional que propicia el reconocimiento de un problema (necesidad o fortaleza) abordando sus significados y sentidos, con el fin de realizar acuerdos de intervención en el que todos participan afectando positivamente su entorno y su vida.

Lo estratégico en el campo de la Comunicación Educativa en Salud debe proporcionar por una parte, una reflexión sobre los sentidos y propósitos de la interacción de las conductas comunicativas de quien dirige un proceso de aprendizaje y de quien aprende. Es decir, se debería comprender cuál es la intención y el papel de la conducta del Educomunicador y de la persona o personas que aprenden, así como las finalidades de su interrelación.

Es por eso que, la primera parte de este documento se preocupó por explorar y plasmar las concepciones de lo Educomunicativo en salud. Retomando dichos enfoques y sentidos pero ya mirados desde lo estratégico, se debe tener en cuenta que:

- Una Estrategia Educomunicativa en Salud debe servir de instrumento de tejido, promoviendo la conversación con el otro sin suplantarlo, comprendiendo el sentido que éste le da a los fenómenos sociales, para abordarlos de manera global.
- Hay que interpretar los fenómenos sociales como construcciones, reconociendo que el ser humano recrea su cultura según las circunstancias y en diferentes escenarios en una red de relaciones con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, dándoles un significado, que cambia permanentemente, no solo como resultado de las propias acciones, sino por la influencia de factores externos ajenos a la intervención directa de los actores.
- Se debe partir de la premisa de que nadie construye solo, sino que toda construcción es producto de la interacción con los demás, reconociendo que otros también planifican y que existen múltiples fuerzas sociales y restricciones concebidas como un reto que pueden ayudar o ser oponentes. El

reconocimiento y confrontación de las mismas con argumentos puede mostrar diferentes modos de intervención para lograr lo que una comunidad se proponga.

- Es necesario promover la participación reconociendo que la mejor manera de conocer una situación es involucrando a sus propios actores, no atribuyendo una única explicación sino explorando todas aquellas que cada actor da a una situación a partir de la lectura de la realidad en que vive.
- Se debe hacer de la estrategia un proceso permanente, precisamente porque nada es estático. La situación inicial cambia constantemente, de acuerdo con las interacciones sociales; ambientales y culturales propias de cada comunidad.
- Se hace necesario visualizar la estrategia como una forma de organización que requiere de la existencia de acuerdos y además, de que se constituya en política, ya que considera diferentes ámbitos que necesitan converger alrededor de un proyecto.
- No se debe formular ningún plan basado solo en el diagnóstico unilateral sino que éste sirva como punto de partida para un análisis situacional, en el cual los diferentes actores le dan significado y manifiestan diferentes intereses.
- Solo cuando los actores sociales se involucren y apoderen del diagnóstico interpretándolo desde su propia realidad y sentidos éste cobra realmente valor y sus resultados pueden ser aplicables.
- Hay que asumir que las intervenciones desde lo participativo y comunitario son sinérgicas y afectan positiva o negativamente todo el sistema humano y social.
- Es importante tener la claridad de que no existe una única metodología para planear estratégicamente. Esta se sustenta en cada cultura, y con cada grupo de actores de acuerdo con las circunstancias.
- Es trascendental abordar la estrategia a partir de la confianza, ésta crea los presupuestos con el fin de que la comunidad se ponga ante las exigencias de su medio ambiente, se enfrente con las cosas presentes en ese medio y por el dominio sobre ellas, promueva y fortalezca experiencias de aprendizaje.
- La estrategia debe construir escenarios para que la comunidad haga realidad sus sueños de lo saludable.

Y por otra parte, la ESTRATEGIA EDUCOMUNICATIVA EN SALUD también debe ofrecer las herramientas para que el Educomunicador sepa cómo generar el acto comunicativo para el aprendizaje.

Hasta este momento, se han abordado palabras claves como: salud, educación, comunicación y estrategia; quedando por revisar el sentido de lo integral en el desarrollo de Estrategias Educomunicativas para la Salud (EICES).

3.33.3. Hablar de integral en las estrategias educomunicativas para la salud

- Lo individual y lo social son aspectos interdependientes, lo subjetivo y lo externo se condicionan mutuamente. Esto desde el punto de vista dialéctico.
- Se Concibe la persona como un ser integral, multifacético, productor y producto de las condiciones sociales en que se encuentra. Condicionado, pero con capacidad de transformar. Disciplinado y al mismo tiempo poseedor de libre albedrío.
- La integralidad se puede concebir como la intersección e interacción de distintos saberes en los niveles tecnológicos, sociales, familiares e individuales, para dinamizar procesos que aporten al desarrollo y a mejorar la calidad de vida.
- La concepción de lo integral demanda que confluya la tradición con la innovación, la mirada parcial con la participación activa y concertada de los diferentes actores, sectores e instituciones del municipio.
- Se trabaja con toda la población, los sectores y las instituciones del municipio durante todo el proceso para lograr que sean intervenciones positivas caracterizadas por el trabajo en equipo y el logro de acuerdos entre los diversos actores. Es necesario superar el individualismo y afrontar con humildad, flexibilidad y entusiasmo las exigencias del trabajo en equipo.
- Se identifican y analizan todos los elementos posibles con el fin de encontrar nudos críticos que una vez se solucionen o mejoren, le aporten positivamente no a una sino a varias situaciones propendiendo por el mejoramiento de la calidad de vida
- Las intervenciones deben ser compatibles con el respeto al medio natural, la tradición, los valores culturales, así como las aspiraciones y necesidades humanas de sus habitantes.
- Específicamente y desde el enfoque que se propone, las Estrategias de Comunicación Educativa en los Planes de Atención Básica-PAB ubica cuatro importantes aspectos que le dan el carácter de integral:
 - La valoración que se le da al papel que juegan los actores municipales en la comunidad, sus intereses y argumentaciones frente a la realidad que viven. Por ello, propicia un proceso donde el diálogo con estos actores municipales facilitan el establecimiento del valor y significado que tiene para cada uno de ellos las situaciones de salud que desde el PAB han sido priorizadas, así como el análisis de sus debilidades, oportunidades y fortalezas.
 - La intervención de las causas o nudos críticos aporta a la solución de varias situaciones de salud priorizadas en el PAB del municipio.
 - Las acciones educomunicativas establecidas para intervenir estos nudos críticos provienen de acuerdos de los diferentes sectores, grupos e

instituciones, desde sus competencias y a partir de una decisión política de apoyo y articulación.

- El resultado, los efectos y el impacto de la estrategia de comunicación educativa les aportan en forma sinérgica y Positiva al medio ambiente, a la cultura y las creaciones sociales de cada comunidad y principalmente a las necesidades humanas de sus habitantes.

3.33.4. Procedimiento técnico

3.33.4.1. *El camino que se propone y sus caminantes*

Al hablar del procedimiento se hace referencia al camino que permite avanzar hacia el logro de una meta, que en este caso es la de obtener Estrategias Integrales de Comunicación Educativa que contribuyan a la transformación de las situaciones, a través de la promoción de conductas saludables y preventivas en la población, dentro del marco del Plan de Atención Básica - PAB.

Por esa razón, este procedimiento de desarrollo de EICES está articulado a la formulación y aplicación del Plan de Atención Básica, es decir, que se parte desde el mismo momento cuando el municipio empieza a construir su PAB.

Antes de empezar a conocer el camino, cabe una pregunta, que aunque parece lógica, es bueno que tenga una respuesta clara: **¿Quiénes son los caminantes que asumen la responsabilidad de llevar a cabo este recorrido?**

Su respuesta también es muy lógica; puesto que si existe un equipo humano encargado del PAB, es él el llamado a asumir dicha responsabilidad. Aunque también puede conformarse un grupo diferente y específico para el desarrollo de EICES en el municipio, dicho grupo tiene que trabajar en forma muy articulada con los responsables del PAB.

El grupo responsable del desarrollo de EICES se destacaría por:

- Su capacidad de convocar, de dialogar, de escuchar, de observar y de sorprenderse, así como también por su habilidad para saber proponer y compartir su saber.
- Tener un perfil técnico básico en áreas como la social-humanística, educación, comunicación y salud, entre otras. Es muy importante que mínimo una persona de este grupo tenga una formación en el PAB, y que se disponga de ja

asesoría de personas expertas en salud, investigación social, epidemiología, evaluación, educación y comunicación en salud.

Es claro que este grupo técnico tiene una responsabilidad importante, la cual irá adquiriendo un matiz diferente en la medida en que avanza el recorrido, puesto que se debe permitir que las personas, sujeto de la acción educomunicativa asuman un papel más protagónico, ya que son ellas las que van a transformar la situación de salud que se interviene. Es decir, hay una co-responsabilidad en el proceso. Además, Otro aspecto por comprender en este punto, es que existe una sinergia en el trabajo del grupo técnico, que va a afectar la participación de las otras personas.

También, de esta manera se esta aplicando lo propuesto en el marco conceptual, con relación al papel de agentes externos a la situación de salud intervenida, se es acompañante, mediador y facilitador de un proceso de adopción de conductas en un momento de la vida de unas personas; son ellas las verdaderas protagonistas de las Estrategias Educomunicativas, porque en última instancia son quienes deciden asumir o no los comportamientos que se promueven en dichas estrategias.

Continuando con este paso de la investigación, dentro del desarrollo de la EICES, y una vez se obtienen los datos que nos proporcionaron las metodologías utilizadas, surge la siguiente pregunta:

Recordar que una información bien organizada ayuda a observar y a comprender las tendencias y patrones de conducta que servirán de base para el análisis y para definir los comportamientos por promover en las acciones educomunicativas.

La organización de la información se realiza según lo obtenido con cada público (objetivo y aliado) definido inicialmente en el desarrollo de la estrategia.

Estos ejercicios de organización y análisis los realiza todo el equipo encargado del desarrollo de la estrategia; y si se ve que es necesario el apoyo de expertos y no se dispone de ellos, se solicita la respectiva asesoría.

Cómo organizar la información:

- Si se ha aplicado técnicas cuantitativas, la información que se obtenga se organiza en una base de datos de un programa, como por ejemplo en Excel o Epi - Info. Esta base de datos muestra la información según variables (sexo, edad, procedencia, etc.), así como frecuencias, promedios, etc. Si la metodología ha sido cualitativa, lo que se tendría sería la información que se

registró en las notas de campo, el formato de observación, las transcripciones de las entrevistas, de los grupos focales, etc.

- Luego se organiza la información según los objetivos planteados. Aquí debe quedar integrada la información que aportan todas las técnicas de investigación aplicadas.
- Posteriormente, se organiza la información anterior en las tres categorías o planos del comportamiento: SABER, SENTIR Y HACER, así como en los beneficios y obstáculos que identifican los públicos frente al comportamiento actual, como frente al comportamiento técnico.
- Para organizar la información relacionada con el comportamiento se sugiere la siguiente tabla, así:

1). TABLA 1: Organización de la información según categorías del comportamiento actual y comportamiento técnico.

Público: _____

CATEGORÍAS DE COMPORTAMIENTO	COMPORTAMIENTO ACTUAL	COMPORTAMIENTO TÉCNICO
SABER		
SENTIR		
HACER		
BENEFICIOS		
OBSTÁCULOS		

La información obtenida en la investigación y que tiene que ver con elementos, recursos educativos, comunicativos y culturales, rutinas, escenarios, tiempo de fácil encuentro, gustos, etc., puede organizarse aparte en un cuadro sencillo, y se deja para ser utilizada más adelante en el momento cuando se estén definiendo las acciones educacionales.

Para el análisis de la información:

Primero, se toma la información organizada según categorías del comportamiento actual y técnico de la Tabla 2. En este momento solo vamos a usar de esta tabla la información correspondiente al Saber, Sentir y Hacer y la escribiremos de nuevo en las respectivas celdas de la Tabla 3, la cual nos ayudará a realizar el análisis y la definición de los comportamientos por promover. También se debe tener a la mano la situación de salud que se está trabajando en la estrategia educacional.

2). TABLA 2: Análisis De La Información Y Primera Propuesta De Los Comportamientos Por Promover

Público: _____

Categorías De Comportamiento	Comportamiento Actual	Comportamiento Técnico	Fortalezas Y Debilidades	Comportamientos Por Promover
SABER				
SENTIR				
HACER				

El análisis que se debe realizar consiste primero en identificar las fortalezas y debilidades que tiene cada categoría (Saber, Sentir y Actuar) de los comportamientos actual y técnico, frente a la transformación de la situación de salud. En otras palabras, lo que se debes preguntar es, ¿qué fortalezas y debilidades tiene el comportamiento actual frente a la transformación de la situación de salud planteada? y ¿qué fortalezas y debilidades tiene el comportamiento técnico frente a la transformación de la situación de salud planteada? . Las respuestas se registran en los respectivos espacios de la Tabla Anterior.

Para responder a estos interrogantes se requiere que el grupo encargado del desarrollo de la estrategia educ comunicativa se sienta a pensar, discutir y acordar las respuestas. Se debe tener una amplia visión y evitar el dejarse llevar por una posición sesgada; pues hay que recordar que aquí se hallan muchas verdades, todas igualmente válidas. El criterio guía es el de poder identificar, cuál(es) es(son) la(s) conducta(s) que ayuda(n) a transformar la situación de salud.

Una vez se tengan las fortalezas y debilidades identificadas, se puede acercarse a una primera propuesta de comportamiento(s) por promover. Para ello, se puede responder a la siguiente pregunta: ¿Qué se le va a proponer a las personas para que aporten desde su saber, sentir y hacer a la transformación de la situación de salud planteada?. Las respuestas se registran en los respectivos espacios de la Tabla Anterior.

En este momento, la información correspondiente a los beneficios que mencionó el público frente al comportamiento actual, como al técnico y se escriben de nuevo en la Tabla Siguiente en los respectivos espacios. También se incluye en esta misma tabla, aquellos beneficios que, aunque no fueron expresados como tales en forma explícita por los públicos, si se identifican en la otra información dada por los

públicos en las categorías (saber, sentir y hacer) del comportamiento actual. Estos también se registran en las dos primeras columnas de la Tabla Siguiente.

3). TABLA 3: Beneficios frente a los comportamientos

Publico: _____

Beneficios Que Percibe O Menciona El Público		Otros Beneficios Que Puede Obtener El Público Al Adoptar La Conducta Por Promover	Beneficios Por Promover En Las Acciones Educomunicativas
Frente Al Comportamiento Actual	Frente al comportamiento técnico		

En la tercera columna de la Tabla Anterior, se escribe otros beneficios, que así no los haya mencionado el público, sí consideramos desde el punto de vista técnico que son ganancias que pueden obtener las personas al adoptar la conducta.

Finalmente, se efectúa el análisis y se acuerdan cuáles beneficios se van a promover en las acciones educomunicativas. Para establecer estos beneficios las preguntas que se deben considerar son: ¿Cuáles beneficios aportan a la transformación de la situación de salud planteada? y ¿cuáles guardan coherencia con la conceptualización de lo saludable?.

Ahora llegó el momento de identificar los obstáculos. Para ello, al igual que con los beneficios se toman las Tablas, y se realiza un análisis semejante. En la Tabla siguiente se resume los aspectos por, tener en cuenta en dicha identificación.

4). TABLA 4: Obstáculos Que Pueden Afectar La Adopción De La Conducta

Público: _____

Obstáculos Que Percibe O Menciona El Público		Otros Obstáculos Que Pueden Afectar La Adopción de La Conducta Por Promover	Obstáculos Para Trabajar Desde Las Acciones Educomunicativas
Frente Al Comportamiento Actual	Frente al comportamiento técnico		

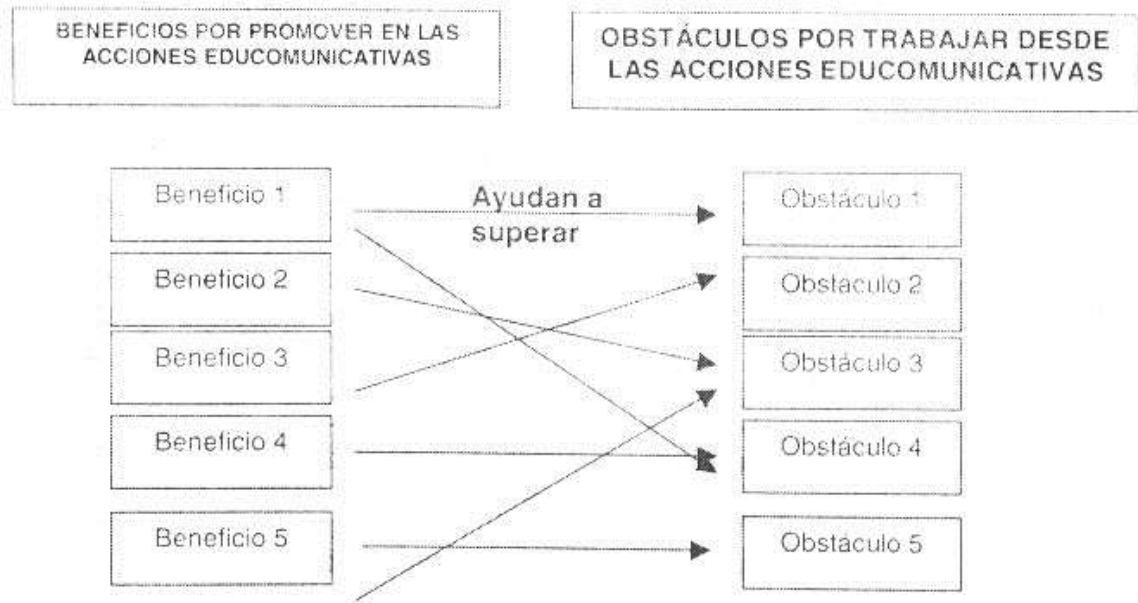
En las dos primeras columnas de la Tabla 4 se registra la información correspondiente a los obstáculos que mencionó el público frente al comportamiento actual, así como al técnico. También se incluyen aquellos obstáculos que se pueden encontrar en las categorías (saber, sentir Y hacer) del comportamiento actual.

En la tercera columna de la Tabla Anterior, se escribe los obstáculos, que el público no mencionó pero desde el análisis se considera que sí pueden afectar la adopción de la conducta.

En la cuarta columna se registra los obstáculos por trabajar desde las acciones educomunicativas, es decir se va a definir aquellos aspectos que pueden bloquear la transformación de la situación de salud planteada o pueden deteriorar la visión de lo saludable que ha construido el grupo en el diagnóstico comunitario.

Una vez identificados los beneficios y los obstáculos, se tiene que definir cómo los beneficios pueden ayudar al público a superar los obstáculos. La respuesta a este interrogante se puede encontrar mediante el siguiente ejercicio, haciendo la relación entre el listado de los beneficios y los obstáculos. A continuación se muestra de manera gráfica cómo se realiza este ejercicio.

d). IMAGEN 4: Relación de los beneficios que ayudan a superar los obstáculos



3.33.5. Teorías comunicacionales

La comunicación es un hecho social que surge a partir de un proceso complejo, actividad a través de la cual los individuos intercambian mensajes, inquietudes, experiencias y sentimientos significativos.

Sin duda este fenómeno representa ser una de las actividades fundamentales en el desarrollo y evolución de los seres humanos, de ahí la importancia e interés por comprender cuales son los mecanismos y las circunstancias que posibilitan tal transporte e intercambio de mensajes.

Para la realización de este ensayo me basaré en los principales criterios o paradigmas a través de los cuales se ha intentado abordar este tema, así mismo realizaré a partir de estos planteamientos teóricos un análisis crítico acerca de los principios fundamentales de cada uno de esos paradigmas, este trabajo lo pienso realizar en forma crítica, lo realizo de esta manera por dos razones, en principio por que es el formato que más me gusta y en segundo lugar por que a través del análisis crítico es como intentaré demostrar que en cada uno de estos modelos existe un grado de certeza así como una interrelación inseparable, es decir que

cada uno de ellos integraron una forma particular de acercarse a un tema complejo y por naturaleza interdisciplinario, por lo tanto más que continuar confrontando modelos pienso que es necesario conjuntar criterios, (coalición de paradigmas), así es necesario considerar nuevas formas de aproximación al tema que por una parte nos permitan comprender a la comunicación humana justamente al interior de su caos y confluencia de elementos, (en vez de separar y ver al mundo desde un privativo criterio de análisis y conocimiento) así mismo elaborar una óptica que contemple fenómenos y transformaciones que se suscitan en la comunicación contemporánea de carácter internacional .

Algunos paradigmas de la comunicación:

- Psicología Conductista.
- Teoría social Funcionalista.

Psicología conductista, propone el estudio de estímulos que suscitan formas particulares de respuesta, comportamiento claramente observable.

En principio debemos considerar que esta posición ha sido considerada como una concepción simple, directa, y mecánica, a través de la cual se pensó comprender y a través de esa comprensión manipular la conducta humana (el estímulo y la respuesta).

Es claro que hoy día en una sociedad que posee en su cultura elementos influenciados por los medios de comunicación difícilmente podríamos creer que se pueda influir en sus conductas, en esa forma simple, directa y mecánica, sin embargo considero que si los mensajes en su forma y contenido evolucionan de manera constante es decir que mediante el uso cotidiano sus lenguajes se vuelven más ricos y complejos pretendo esclarecer si en los inicios de cualquier medio masivo es posible recoger parte de los principios de este paradigma, me refiero a la etapa en la que los medios son de reciente difusión y por ende sus mensajes son elementales y por lo mismo sus receptores son más posibles de conducir y hasta cierto punto manipular, me gustaría saber si a partir de tales circunstancias aun puede ser válida la aplicación del diagrama de Lasswell por ejemplo.

Quien comunica, que dice, a quien, en que canal, con que efectos.

Teoría del efecto de bala, Este planteamiento afirmaba que a través de los medios se podía producir cualquier efecto deseado por el emisor, no se tomaba en cuenta las diferencias sociales, culturales y de clase así como una inminente cultura de los medios proporcionada por el tiempo de exposición a sus lenguajes.

Nota: hoy día el modelo comunicativo es una actividad que sin duda se han agregado nuevos elementos, ya que los procesos de comunicación jamás se estabilizan sino que permanecen en una constante renovación en sus elementos, no obstante la publicidad y la mercadotecnia son actividades que mediante mecanismos psicológicos y sociales al menos dan la sensación de ser capaces de manipular o al menos inquietar los impulsos y conductas de los consumidores sean de la cultura o nivel social que estos sean.

No se bien pero pienso que el efecto de bala debería consistir en el hecho de que el mensaje finalmente penetra, no sabemos que partes u órganos va a afectar sin embargo el mensaje al ser atendido por cualquier persona es claro que penetra, y que por su puesto el organismo efectúa una serie de procesos que van encaminados a procesar tales efectos, pienso que es imposible que una persona pueda mantenerse aislada del todo de un estímulo o mensaje emitido por cualquiera de los medios, mi posición es que cada mensaje siempre trae consigo una reacción y una respuesta, aun que esta sea de rechazo o desinterés eso ya es una respuesta a tal emisión.

Tampoco hay duda en que cada día es más difícil o al menos complejo generar mensajes significativos que nos lleven a una reacción o respuesta favorable a nuestros intereses (es decir que la bala o mensaje penetren) sin embargo la publicidad hoy día a pesar de esta cultura de los medios es capaz de repetir estos efectos de bala a través de estrategias de elaboración y distribución de mensajes sobre todo en las sociedades de bajo nivel sociocultural.

Esta noción considera al proceso comunicativo como un fenómeno aislado y a su destinatario como un mero recipiente pasivo en espera de la actividad de quien comunica.

Nota: No hay duda de que este hecho jamás podrá manifestarse de una manera tan robotizada, sin embargo pienso que en algunos aspectos es posible influir sobre las conductas de las personas, ello implica la observación de hábitos y preferencias a través de las cuales las sociedades establecen modelos que pueden ser alterados o manipulados y que los individuos por el hecho de pertenecer a un grupo o sector social se ven influidos sin más remedio por los mensajes dirigidos a su sector, así mismo que pasará si confrontamos a una persona culta y desenvuelta frente a una que no terminó su primaria ¿ a caso no se daría una relación con estas características?, el destinatario por una serie de factores tiende a la pasividad influida por los conocimientos o conceptos de su emisor, por lo menos en un tiempo estimable creo que aun que descabellado si podría presentarse, este tipo de fenómenos hoy día responden a momentos de la comunicación, quizá los paradigmas tradicionales ya no alcanzan a delimitar todo el proceso emisión, recepción, sin embargo hay momentos en el propio proceso

que por igual presentan alternativas de análisis y estudio en donde tales paradigmas aún ofrecen una parte de la comprensión de tales momentos comunicativos.

Esta noción fue utilizada en algunos procesos de enseñanza aprendizaje.

Comentario: La comunicación- educativa bajo este tipo de modelos marco una tendencia hacia la dependencia o al menos a la pasividad de sus receptores ya que como lo establece el esquema solo reciben y no participan de manera más significativa, es decir que se concretan a ser los escuchas del proceso.

Sobre todo si consideramos el status quo con el que el profesor se desarrolla al interior del aula tradicional, tal situación es la que lo lleva a ser el conferenciante que domina y que a su vez no permite el diálogo educativo de las dos partes.

Psicología social, toman en cuenta que el proceso de estímulo-respuesta no era tan fácil, esta corriente puso especial énfasis en los estudios de dos tipos de variables que afectan la respuesta esperada por el emisor:

La naturaleza del estímulo de que manera la organización de los mensajes (estímulos) afecta las respuestas de la audiencia.

Las variables psicológicas del individuo.

Se trata pues de buscar las formas más efectivas de organización del mensaje para obtener la respuesta deseada, es decir persuadir con eficiencia a los receptores, es así que fueron estudiadas desde esta perspectiva la credibilidad de la fuente, el orden de las argumentaciones, la exhaustividad y la explicitación de las conclusiones.

Nota: Modelo que por una parte es fundamental ya que centró las bases para el ordenamiento y diseño de los mensajes, lo negativo de esta noción es que sus resultados han sido empleados para el engaño, político, comercial, e ideológico; con el surgimiento de estos esquemas podemos decir que se inicia la industria de las verdades a medias, las sociedades de nuestros días son resultado de tales procedimientos, la cultura, los principios de la familia y sus grupos sociales, la escuela, la política y los propios centros de trabajo y el comercio son parte aliada a esta especie de arquitectura de la comunicación no verdadera.

Teoría social funcionalista, teoría emanada de la filosofía positivista, puede rastrearse desde platón el cual consideraba a la sociedad como un organismo es decir como un sistema de partes relacionadas dentro de un equilibrio dinámico.

Para la teoría social funcionalista la sociedad es un sistema que requiere de necesidades básicas y necesidades derivadas es decir conocimiento religión la magia

Instituciones formales e informales: Familia, escuela, medios de comunicación.

Son estas instituciones las que son llamadas a cumplir determinadas funciones para el funcionamiento saludable del sistema.

La teoría funcionalista es uno de los planteamientos por el cual me baso para afirmar que cada uno de estos paradigmas responden a un modo o modelo a través del cual se ha intentado delimitar y conocer a los procesos en los que ocurre la comunicación, aquí se presenta un caso similar al de uno de los planteamientos de la lectura la cual se cuestionaba si la naturaleza de la televisión era la difusión de la violencia o si en su defecto era el uso inadecuado el que la convertía en un medio dañino para la sociedad, pienso que lo mismo ocurre con la mayoría de las tendencias conductistas funcionalistas , es necesario definir si los planteamientos teóricos fueron diseñados para alcanzar la dominación ex profeso o si sus planteamientos y objetivos fueron alterados en la medida de ser mayormente aplicados a la dominación y la manipulación ideológica, es decir que también pueden definirse a través de estos mismos planteamientos el uso de estas instituciones formales e informales para asegurar la transmisión y preservación de valores positivos para la sociedad, pienso que si a través de las mencionadas correas de transmisión es posible controlar una ideología bien se pudieron emplear tales recursos sociales para difundir y preservar a la cultura y demás elementos positivos para la sociedad, comprendo claramente la posición de las teorías críticas en el sentido que advertían la aplicación negativa que se daba a este tipo de conocimientos. (por lo regular la ciencia termina al servicio de lo negativo), sin embargo esto no hace negativo al planteamiento teórico en si no a su mala aplicación.

En el terreno de la comunicación masiva esta cumple con una función social es decir contribuye al ajuste o adaptación al sistema Vigilancia del ambiente, correlación de las partes y transmisión del legado social.

Esto es tomado como función de los medios ya que a través de ellos se reduce las tensiones pero a su vez es disfuncional ya que aumenta la pasividad y reduce la acción social.

En la sociedad de nuestros días todo debe tener una función o utilidad obligada, pienso que ahí se localizan las causas de una infinidad de procesos de ansiedad que caracterizan a las sociedades modernas.

Los medios contribuyen en mucho para distribuir las nociones de lo que es y lo que no es funcional, útil y representativo, (estatus)

Lo mismo ocurre con la información, elemento en el cual se decide que es lo que puede saber la población y lo que su coeficiente o equilibrio emocional no puede procesar, este ajuste o adaptación al sistema, la Vigilancia del equilibrio del ambiente y la correlación de las partes es lo que integra un sistema aparentemente funcional, ordenado y sobre todo "productivo"¹.

3.33.6. Teoría estructural funcionalista

La teoría estructural funcionalista fue desarrollada por Lasswell; ésta, al igual que casi todas las teorías de la comunicación, hablaba del poder de los medios de comunicación frente al público (frente a las masas).

Esta teoría tenía como principio lograr la persuasión por medio de las siguientes preguntas: quién dice qué, a través de qué medio, a quién y con qué efecto, preguntas que en últimas se referían sobre todo al poder político de los medios y al análisis de contenidos de lo que transmitían o emitían. En ella se prestaba especial atención a la superficie de los discursos; es decir, a lo que la información podía lograr en un primer momento.

En lo que se refiere a la función social de los medios, ésta consistía en supervisar y vigilar el entorno (o sea al gobierno, al estado) y en transmitir la herencia social, función que debía ser cumplida mediante la educación, así como con la organización y estructuración de los instrumentos sociales, lugar donde los medios de comunicación tenían una gran preponderancia. Por otro lado, esta teoría enunció la posibilidad inherente a los medios de crear rituales a medida que la información se fuera introduciendo en el público, así como la capacidad de éstos de generar temas de conversación sobre diferentes áreas y de definir la identidad de consumo del público en general.

3.33.6.1. *El acto de la comunicación*

Una manera conveniente de describir un acto de comunicación es la que surge de la contestación a las siguientes preguntas:

¹ (Sitio en Internet) Disponible en www.lablaa.org/ayudadetareas/periodismo/per32.htm . Acceso 5 Diciembre de 2004.

¿Quién dice qué, en qué canal, a quién y con qué efecto?

El estudio científico del proceso de comunicación tiende a concentrarse en una u otra de tales preguntas. Los eruditos que estudian el «quién», el comunicador, contemplan los factores que inician y guían el acto de la comunicación. Llamamos a esta subdivisión del campo de investigación *análisis de control*. Los especialistas que enfocan el «dice qué» hacen *análisis de contenido*. Aquellos que contemplan principalmente la radio, la prensa, las películas y otros canales de comunicación, están haciendo *análisis de medios*. Cuando la preocupación primordial se encuentra en las personas a las que llegan los medios, hablamos de *análisis de audiencia*. Y si lo que interesa es el impacto sobre las audiencias, el problema es el del *análisis de los efectos*.

La utilidad de estas distinciones depende, por completo, del grado de refinamiento que se considere apropiado para un objetivo científico o administrativo dado. A menudo, es más sencillo combinar el análisis de audiencia y el de efecto, por ejemplo, que mantenerlos separados. Por otra parte, puede interesar concentrarse en el análisis de contenido, y con este fin subdividir el campo en dos zonas distintas: el estudio de los datos, centrado en el mensaje, y el estudio del estilo centrado sobre la organización de los elementos que componen el mensaje.

3.33.6.2. *Estructura y función*

Todo proceso puede ser examinado bajo dos marcos de referencia, a saber, estructura y función, y nuestro análisis de comunicación versará sobre las especializaciones que comportan ciertas funciones, entre las cuales cabe distinguir claramente las siguientes:

- La supervisión o vigilancia del entorno
- La correlación de las distintas partes de la sociedad en su respuesta al entorno
- La transmisión de la herencia social de una generación a la siguiente.

3.33.6.3. *Equivalencias biológicas*

A riesgo de suscitar falsas analogías, podemos lograr una adecuada perspectiva de cualquier sociedad humana cuando estudiamos la comunicación como una característica de la vida en todos sus niveles. Un ente vivo, ya esté relativamente

aislado o bien en asociación, tiene procedimientos especializados en cuanto a la recepción de estímulos a partir del entorno. Tanto el organismo monosecular como el grupo de múltiples miembros tienden a conservar un equilibrio interno y a responder a los cambios que se produzcan en el entorno a fin de mantener dicho equilibrio. El proceso de respuesta exige maneras especializadas a las partes del todo para conseguir una acción armoniosa. Los animales multicelulares especializan sus células para la función del contacto externo y para la correlación interna. Así, entre los primates, la especialización viene ejemplificada por órganos tales como el oído y el ojo, y el propio sistema nervioso. Cuando las pautas de recepción y diseminación de estímulos funcionan de manera adecuada, las diversas partes del animal actúan concertadamente con respecto al medio ambiente («alimentarse», «huir», «atacar»). En algunas sociedades animales, ciertos miembros desempeñan misiones especializadas y vigilan el entorno. Los individuos actúan como «centinelas», separados del rebaño o manada y creando un estado de alarma cada vez que ocurre un cambio alarmante en los alrededores. El trompeteo, cacareo o chillido del centinela basta para poner a todo el grupo en movimiento. Entre las actividades emprendidas por «líderes» especializados se cuenta la estimulación interna de «seguidores» para adaptarse ordenadamente a las circunstancias pregonadas por los centinelas.

En un organismo individual, altamente diferenciado, los impulsos que llegan y los que salen de él son transmitidos a lo largo de fibras que establecen una conexión sináptica con otras fibras. Los puntos críticos en el proceso se encuentran en las «estaciones de relevo», donde el impulso que llega puede ser demasiado débil para alcanzar el umbral que hace entrar en acción el vínculo siguiente. En los centros superiores, corrientes separadas se modifican unas a otras, produciendo resultados que difieren en numerosos aspectos del resultado final, cuando cada una puede continuar por un camino propio. En toda estación de relevo hay carencia de conductibilidad, conductibilidad total o conductibilidad intermedia. Las mismas categorías se aplican a lo que ocurre entre miembros de una sociedad animal. El astuto zorro puede acercarse al gallinero de tal modo que procure unos estímulos demasiado leves para inducir al centinela a dar la alarma, o bien cabe que el animal atacante elimine al centinela antes de que éste pueda proferir más que un leve gemido. Evidentemente, existen todas las gradaciones posibles entre conductibilidad total y ausencia de conductibilidad.

3.33.6.4. *El caso de la sociedad humana*

Cuando examinamos el proceso de comunicación de cualquier lugar o estado de la comunidad mundial, observamos tres categorías de especialistas. Un grupo

vigila el entorno político del estado como un todo, otro correlaciona la respuesta de todo el estado al entorno, y un tercero transmite ciertas pautas de respuesta de los viejos a los jóvenes. Diplomáticos, agregados y corresponsales extranjeros representan a quienes se especializan en el entorno. Editores, periodistas y locutores son correlatores de la respuesta interna. Los pedagogos, en familia y en la escuela, transmiten el legado social.

Las comunicaciones que se originan fuera pasan a través de secuencias en las que diversos emisores y receptores están vinculados entre sí. Supeditados a modificación en cada punto de relevo en la cadena, los mensajes originados a partir de un diplomático o de un corresponsal en el extranjero pueden pasar a través de despachos editoriales y llegar finalmente a muy amplias audiencias. Si nos imaginamos el proceso de información a nivel mundial como una serie de *marcos de atención*, es posible describir la frecuencia con la que un contenido es puesto en conocimiento de individuos y grupos. Podemos investigar el punto en el que deja de haber «conductibilidad», y podemos examinar la gama entre «conductibilidad total» y «conductibilidad mínima». Los centros metropolitanos y políticos del mundo tienen mucho en común con la interdependencia, diferenciación y actividad de los centros corticales y subcorticales de un organismo individual. Por tanto, los marcos de observación hallados en tales puntos son los más variables, refinados e interactivos entre todos los marcos de la comunidad mundial.

En el otro extremo se encuentran los marcos de observación de los habitantes de regiones aisladas. En general no se da el caso de que las culturas primitivas estén totalmente vírgenes de la civilización industrial. Tanto si nos lanzamos en paracaídas sobre el interior de Nueva Guinea, como si aterrizamos en las vertientes del Himalaya, no encontraremos una tribu totalmente desconectada del mundo. Los largos hilos del comercio, del cielo misionero, de la exploración aventurera y del estudio científico, así como los de la guerra a escala mundial, llegan a los puntos más distantes. Nadie se encuentra totalmente al margen de este mundo.

Entre los primitivos, la forma final asumida por la comunicación es la balada o el cuento. Sucesos lejanos al mundo moderno, sucesos que llegan en forma de noticia a las audiencias metropolitanas, quedan reflejados, por débilmente que sea, en el material temático de cantantes y recitadores de baladas. En estas creaciones, remotos líderes políticos pueden aparecer repartiendo tierras entre los campesinos o restableciendo la abundancia de la caza en las montañas. Cuando remamos agua arriba en el flujo de la comunicación, observamos que la función de relevo para los nómadas y los tribeños más alejados es realizada a veces por los habitantes de poblados sedentarios con los que aquéllos entran en contacto. El agente del relevo puede ser el maestro de escuela, el médico, el juez, el

recaudador de impuestos, el policía, el soldado, el vendedor ambulante, el vagabundo, el misionero o el estudiante, y en cualquier caso es un nudo en la red de noticias y comentarios.

3.33.6.5. *Equivalencias más detalladas*

Los procesos de comunicación de la sociedad humana, una vez examinados detalladamente, revelan numerosas equivalencias con las funciones especializadas que se encuentran en el organismo físico y en las sociedades animales inferiores. Así, por ejemplo, los diplomáticos de un estado se encuentran esparcidos por todo el mundo y envían mensajes a unos pocos puntos focales. Evidentemente, estos informes proceden de muchas fuentes y sólo llegan a unos pocos, donde se relacionan entre sí. Más tarde, la secuencia se amplía en abanico bajo la pauta de unos pocos en dirección a muchos, como ocurre cuando un ministro de Asuntos Exteriores pronuncia un discurso en público, cuando se publica un artículo en la prensa, o cuando es distribuido un noticiario en los cines. Las líneas salientes del entorno exterior del Estado son funcionalmente equivalentes a los canales aferentes que envían los impulsos nerviosos entrantes al sistema nervioso central de un solo animal, y a los medios con los que se disemina la alarma en un rebaño. Los impulsos salientes, o eferentes, presentan unos paralelos correspondientes.

El sistema nervioso central del cuerpo sólo en parte está implicado en el flujo total de impulsos aferentes-eferentes. Hay sistemas automáticos que pueden actuar unos respecto a otros sin afectar en absoluto a los centros «superiores». La capacidad del entorno interior es mantenida principalmente por medio de las especializaciones vegetativas o autónomas del sistema nervioso. Similarmente son muchos los mensajes que, en el interior de cualquier Estado, no pasan por los canales centrales de comunicación sino que surgen en el seno de familias, vecindarios, tiendas, equipos de trabajo y otros contextos locales. En su mayor parte, el proceso educacional es llevado a cabo del mismo modo.

Otra serie de equivalencias significativas están relacionadas con los circuitos de comunicación, que son predominantemente de un sentido o de dos sentidos, según el grado de reciprocidad entre comunicadores y audiencia. O bien, para expresarlo de otra manera, hay comunicación en dos sentidos cuando las funciones de enviar y recibir son efectuadas con la misma frecuencia por dos o más personas. Suele suponerse que una conversación es una pauta de comunicación en dos sentidos (aunque los monólogos son bien conocidos). Los modernos instrumentos de comunicación de masas otorgan una ventaja enorme a

quienes controlan los talleres de impresión, equipos de radiodifusión y otras formas de capital fijo y especializado. Pero debería tenerse en cuenta que las audiencias «replican» (*talk back*), tras una cierta demora, y muchos «controladores» (*gate-keepers*) de mass-media emplean métodos científicos de sondeo de opinión a fin de acelerar este cierre del circuito.

Los circuitos de contacto en dos direcciones se hacen presentes particularmente en los grandes centros metropolitanos, políticos y culturales del mundo. Nueva York, Moscú, Londres y París, por ejemplo, se encuentran en intenso contacto de doble dirección, incluso cuando el volumen del flujo es drásticamente reducido (como ocurre en Moscú y Nueva York). Incluso hay puntos relativamente insignificantes que se convierten en centros mundiales al ser convertidos en capitales (Canberra en Australia, Ankara en Turquía, o el Distrito de Columbia en Estados Unidos). Un centro cultural como la Ciudad del Vaticano mantiene una intensa relación de dos direcciones con los centros dominantes de todo el mundo. Incluso centros de producción especializada como Hollywood, pese a su preponderancia en cuanto a material saliente, reciben un enorme volumen de mensajes.

Cabe establecer otra distinción entre control de mensajes y centros o grupos de manipulación de mensajes. El centro de mensajes en el vasto edificio del Pentágono, en el Departamento de Guerra de Washington, transmite sólo con algunos cambios accidentales, los mensajes entrantes a otros destinatarios. Tal es la misión de los talleres de impresión y de las distribuidoras de libros, la de los expedidores, operadores y mensajeros relacionados con la comunicación telegráfica, y la de los técnicos relacionados con las emisoras de radio y televisión. Estos expedidores de mensajes contrastan con quienes de alguna manera modifican el contenido de lo que se ha dicho, función que es propia de editores, censores y propagandistas. Al hablar de los especialistas del símbolo en general, los dividimos, por consiguiente, en manipuladores (o controladores) y expedidores; el primer grupo suele modificar el contenido, cosa que no hace el segundo.

3.33.6.6. *Necesidades y valores*

Que hayamos señalado varias equivalencias funcionales y estructurales entre la comunicación en las sociedades humanas y la comunicación en los organismos vivos no significa que podamos investigar provechosamente el proceso de comunicación en Estados Unidos o en el mundo a través de métodos especialmente apropiados para investigar animales interiores u organismos físicos individuales. En psicología comparada, cuando describimos parte de los entornos

de una sala, un gato o un mono (es decir, una parte del medio ambiente que atrae la atención del animal), no podemos hacerle preguntas a la rata y utilizamos otros medios de percepción inferente. Cuando son seres humanos los objetos de nuestra investigación, podemos entrevistar al gran «animal parlante» (No se trata de que tengamos que aceptar todo al pie de la letra. A veces, concluimos lo opuesto de lo que una persona dice que intenta hacer. En este caso, dependemos de otras indicaciones, verbales y no verbales).

Tal como hemos dicho, es posible estudiar las formas vivas como agentes modificadores del entorno en proceso de satisfacción de necesidades y, por tanto, de mantener un estado firme de equilibrio interno. Alimentos, sexo y otras actividades que implican el medio ambiente pueden ser examinados sobre una base comparativa puesto que los seres humanos muestran reacciones de habla, podemos investigar muchísimas más relaciones que en las especies no humanas gracias a los datos aportados por el habla (y otros actos de comunicación). Es posible investigar la sociedad humana en términos de valores, es decir, con respecto a unas categorías de relaciones que son objetos reconocidos de gratificación. En Estados Unidos, por ejemplo, no se requiere una elaborada técnica de estudio para discernir qué poder y respeto son valores; nos es posible demostrarlo escuchando testimonios y observando lo que se hace cuando se presenta una oportunidad.

Es posible establecer una lista de los valores comunes a cada miembro del grupo elegido para la investigación, y además podemos descubrir el orden de importancia con que tales valores son percibidos. Es posible clasificar a los miembros del grupo de acuerdo con su posición en relación con los valores. En lo que a la civilización industrial se refiere, no vacilamos en afirmar que *poder*, *riqueza*, *respeto*, bienestar e inteligencia se cuentan entre los valores. Si nos paramos en esta lista, que no es exhaustiva, nos cabe describir, en base a los conocimientos disponibles (por fragmentarios que éstos puedan ser), la estructura social de la mayor parte del mundo puesto que los valores no están equitativamente distribuidos, la estructura social revela mayor o menor concentración de poder, de riqueza y de otros valores en unas pocas manos. En ciertos lugares, esta concentración pasa de una generación a otra, formación de castas en vez de constituir una sociedad móvil.

En toda sociedad, los valores son modelados y distribuidos de acuerdo con unas normas más o menos distintivas (*instituciones*). Las instituciones incluyen comunicaciones que son invocadas como apoyo de la red de acción como un todo. Estas comunicaciones son la ideología. Por lo que se refiere al poder, cabe distinguir entre la *doctrina* política, la *fórmula* política y la *miranda*. En Estados Unidos, el individualismo representa la doctrina, los párrafos de la Constitución, la fórmula, las ceremonias y leyendas de la vida pública, las *mirandas*. La ideología

es comunicada a la joven generación a través de agentes especializados como el hogar y la escuela.

La ideología sólo es una parte de los mitos de una sociedad determinada. Pueden existir contra ideologías dirigidas contra la doctrina, las fórmulas y las mirandas dominantes. Hoy en día, la estructura del poder en las políticas mundiales se halla profundamente afectada por el conflicto ideológico, así como por el papel desempeñado por dos potencias gigantes, Estados Unidos y la Unión Soviética. Las élites dirigentes se consideran unas a otras como enemigos potenciales no sólo porque las diferencias entre Estados pueden cristalizar en una guerra, sino también, en un sentido más apremiante, porque la ideología del otro puede atraer a elementos disidentes en un país y debilitar la posición de poder interno de cada clase dirigente.

3.33.6.7. *Conflicto social y comunicación*

En estas circunstancias, un elemento dirigente se muestra receloso del otro y confía en la comunicación como medio para conservar el poder. Por tanto, una de las funciones de la comunicación es la de facilitar información acerca de lo que está haciendo la otra élite, así como sobre su poderío dado el temor de que los canales de información estén controlados por los otros, con el fin de retener y deformar, existe la tendencia a recurrir a una vigilancia secreta. Por consiguiente, el espionaje internacional se intensifica por encima del nivel usual en tiempo de paz, y además se hacen esfuerzos para "*enmascarar*" la propia identidad a fin de contrarrestar la vigilancia del enemigo potencial. Por otra parte se emplea la comunicación con el propósito de establecer contacto con audiencias situadas dentro de las fronteras de la otra potencia.

Estas diversas actividades se manifiestan en el empleo de agentes abiertos o secretos para investigar al otro bando, en tareas de contraespionaje, en censura y restricción de viajes, y en emisiones de radio y otras actividades informativas a través de las fronteras. Las élites dirigentes están también sensibilizadas respecto de potenciales amenazas en el entorno interior, aparte de emplear fuentes de información abiertas, también se adoptan medidas secretas, se toman precauciones para imponer «seguridad» a tantas cuestiones políticas como sea posible. Al propio tiempo, la ideología de la élite es reafirmada y las ideologías contrarias son suprimidas.

Los procesos aquí esbozados son paralelos a fenómenos que cabe observar en el reino animal, se emplean agencias especializadas para mantenerse alerta frente a

las amenazas y las posibilidades de acción que suministra el entorno exterior. Paralelamente la vigilancia se ejerce también sobre el entorno interior, puesto que entre los animales inferiores es posible encontrar ciertos pastores de rebaño que dan muestras de temer tanto a los ataques del interior como del exterior, manteniendo una mirada intranquila sobre ambos entornos. Existen medios de vigilancia preventiva, ciertas especies disponen de medios bien conocidos, por ejemplo la pantalla de humo líquido emitida por el calamar o la coloración del camaleón. Sin embargo, no parece posible la equiparación con la distinción entre los canales «secreto» y «abierto» de la sociedad humana.

Dentro de un organismo, el paralelo más próximo a la revolución social sería el crecimiento de nuevas conexiones nerviosas con aquellas partes del cuerpo que rivalizan con las estructuras existentes de la integración central, y que pueden ocupar el lugar de éstas. ¿Puede decirse que esto ocurre al desarrollar el embrión en el vientre de la madre? O para tomar un proceso destructor, ¿podemos decir, con razón, que se da una vigilancia interna con respecto al cáncer, si los cánceres compiten por los suministros alimenticios del cuerpo?.

3.33.6.8. *Comunicación eficiente*

El presente análisis implica la existencia de ciertos criterios de eficiencia o de ineficacia en la comunicación. En la sociedad humana, la eficacia del proceso depende de las posibilidades de juicio racional que ofrece. Un juicio racional implica objetivos de valor. En las sociedades animales, la comunicación es eficiente cuando ayuda a sobrevivir o en cualquier otra necesidad específica del grupo y cabe aplicar el mismo criterio a un organismo individual.

Una de las tareas de una sociedad racionalmente organizada es la de descubrir y controlar todo factor que se interfiera con una comunicación eficiente. Ciertos factores limitativos son psicotécnicos. Las radiaciones destructivas, por ejemplo, pueden estar presentes en el medio ambiente y sin embargo pasar desapercibidas debido a las limitadas posibilidades del organismo carente de medios para detectarlas.

Pero incluso las insuficiencias técnicas pueden ser superadas por el conocimiento. En los últimos años, las emisiones de radio en onda corta han sido interferidas por alteraciones que, de no ser superadas, obligarán a prescindir de esta modalidad de emisión. Durante los últimos años, sin embargo, se han conseguido progresos en cuanto a facilitar sustitutos satisfactorios para una audición o una visión defectuosas. Un avance menos espectacular, pero no menos importante, ha sido

el descubrimiento de cómo corregir unos hábitos inadecuados de lectura. Hay, desde luego, obstáculos deliberados en el camino de la comunicación, como son la censura y la drástica supresión de los viajes. Hasta cierto punto, los obstáculos pueden ser soslayados mediante una hábil evasión pero es indudable que a la larga será más eficiente librarse de ellos por medio del consentimiento o de la coacción.

La ignorancia es un factor persistente cuyas consecuencias nunca han sido adecuadamente investigadas. Aquí, ignorancia significa ausencia, en un punto determinado del proceso de la comunicación, del conocimiento disponible en otro punto cualquiera de la sociedad. El personal destinado a reunir y diseminar la información, carente de una formación apropiada, tergiversa o descuida continuamente ciertos hechos, si definimos los hechos como lo que el observador objetivo y adiestrado podría hallar.

La falta de cualificación puede, también, contribuir a la ineficacia de la comunicación. Con excesiva frecuencia el comunicador consigue su prestigio gracias a la utilización de hechos deliberadamente falsos o deformados. En pos de la «primicia», el reportero da un cariz sensacionalista a una anodina conferencia internacional y contribuye a la imagen popular de la política internacional como conflicto intenso y crónico, o poco menos. Los especialistas en comunicación con frecuencia no logran mantenerse al día con las nuevas técnicas; piénsese, por ejemplo, en la reticencia con la que han aceptado los nuevos procesos audiovisuales. Y a pesar de las investigaciones que se han hecho sobre el lenguaje, son muchos los comunicadores de masas que utilizan equivocadamente las palabras. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, cuando un corresponsal se deja absorber por el ambiente extranjero y olvida que la audiencia de su país no posee una equivalente experiencia directa en lo tocante a «izquierda», «centro» y otros términos semejantes.

Aparte de los factores de habilidad o capacidad, el nivel de la eficiencia se ve a veces afectado por la estructura de la personalidad. Una persona optimista y decidida puede seleccionar los hechos que presentan una visión de los acontecimientos no matizada y, por tanto, exageradamente optimista. En cambio, personas pesimistas y excesivamente cautelosas seleccionan elementos muy distintos y que vienen a confirmar sus malos «presagios». Hay también discrepancias importantes entre personas de diversa lucidez y energía.

Algunas de las más serias amenazas contra una comunicación eficiente para la comunidad considerada como un todo se relacionan con los valores del poder, la riqueza y el respeto. Es muy posible que los ejemplos más notables de distorsión de poder se ofrezcan cuando el contenido de la comunicación es deliberadamente ajustado para que se amolde a una ideología o a una contra ideología. Las

distorsiones relacionadas con la riqueza no sólo proceden de intentos para influenciar el mercado, por ejemplo, sino también de unas concepciones rígidas del interés económico. Un ejemplo típico de ineficiencias relacionadas con el respeto (clase social) se presenta cuando una persona de clase superior sólo se relaciona con otras personas de su mismo estrato y olvida corregir su perspectiva al entrar en contacto con miembros de las demás clases.

3.33.6.9. *La investigación en la comunicación*

La anterior lista de ciertos factores que interfieren la eficiencia de la comunicación indica los tipos de investigación que cabe realizar fructíferamente en eslabones representativos de la cadena de comunicación. Cada agente es un vértice de factores ambientales que se entrecruzan de forma aleatoria. Todo el que efectúe una función de relevo puede ser examinado en términos de *input* y *output*. ¿Qué datos son sometidos a la atención del eslabón de relevo? ¿Qué es lo que éste transmite al pie de la letra? ¿Qué es lo que descarta? ¿Qué es lo que reelabora? ¿Qué es lo que añade? ¿Cómo se relacionan las diferencias en *input* y *output* con la cultura y la personalidad? Al contestar a estas preguntas, es posible sopesar los diversos factores en conductibilidad, ausencia de conductibilidad y conductibilidad modificada.

Además del eslabón de relevo, debemos considerar el primer eslabón de la secuencia de comunicación. Al estudiar los centros de interés del observador principal, se ponen en evidencia dos series de influencias: los datos a los que está expuesto, y los hechos de su entorno. Un agregado diplomático o un corresponsal extranjero está expuesto a *los mass-media* y a la charla privada; asimismo, pueden contar soldados, medir emplazamientos de cañones, anotar horas de trabajo en una fábrica, y ver la mantequilla y el jamón que hay en cada mesa. En realidad, es útil considerar el marco de atención del eslabón de relevo, así como del eslabón primario, en términos de exposición a los medios y a los no medios. El papel de los factores exteriores a los medios es muy débil en el caso de muchos operadores de relevos, mientras que adquiere indudable importancia en lo que se refiere al observador principal.

3.33.6.10. *Masas y públicos*

Hay que señalar que no toda persona es miembro del público mundial, aunque pertenezca, hasta cierto punto, al grupo de «observadores» del mundo. Para

pertenecer a esta masa basta con poseer unos símbolos de referencia comunes. Todo el que tenga un símbolo de referencia para Nueva York, Norteamérica, el hemisferio occidental o el globo, es miembro, respectivamente, del grupo de observación de Nueva York, Norteamérica, el hemisferio occidental y el globo. En cambio, para ser miembro del público de Nueva York, es esencial participar de la actividad pública en Nueva York, o que afecte expresamente a Nueva York.

El público de Estados Unidos, por ejemplo, no se limita a residentes y ciudadanos, ya que los no ciudadanos que viven más allá de la frontera pueden tratar de influenciar las políticas norteamericanas. En cambio, no todo el que vive en Estados Unidos es miembro del público norteamericano, puesto que se necesita algo más que una atención pasiva. Un individuo deja de ser miembro de la masa y se convierte en público cuando aspira a influenciar en la vida pública.

3.33.6.11. *Grupos de sentimiento y públicos*

Es preciso tener en cuenta otra limitación antes de poder clasificar correctamente a un grupo o a una persona dada como miembro de un público. Las demandas respecto a la política pública pueden ser objeto de debate. El público mundial es relativamente débil y subdesarrollado, en parte porque suele estar subordinado a unas zonas de sentimiento en las que no se permite debate alguno sobre las cuestiones políticas. Durante una guerra o una crisis bélica, por ejemplo, los habitantes de una región se ven abrumadoramente obligados a aceptar ciertas imposiciones políticas. Puesto que el desenlace de un conflicto depende de la violencia, y no del debate, en tales condiciones no hay público. Hay una red de grupos unidos por el sentimiento que actúan como multitudes y, por consiguiente, no toleran disensiones.

A partir del citado análisis, está claro que hay observación, público y áreas de sentimiento con diversos grados de influencia en la política mundial. Estas zonas están relacionadas con las características estructurales y funcionales de la sociedad mundial, y especialmente del poder mundial. Es evidente, por ejemplo, que *las profecías más fuertes tienden a estar agrupadas en la misma área de atención*, puesto que sus élites dirigentes se miran entre sí como una grave amenaza potencial. Las potencias más fuertes prestan, proporcionalmente, menor atención a las potencias más débiles que éstas a las primeras, ya que las potencias más fuertes suelen ser fuentes más importantes de amenaza, o de protección, para las más débiles, que éstas para las más fuertes.

La estructura de observación dentro de un Estado es un índice valioso del grado de integración del Estado. Cuando las clases dirigentes temen a las masas, los dirigentes no comparten la visión de la realidad del ciudadano medio. Cuando la imagen de la realidad que tienen los reyes, presidentes y gabinetes no puede circular a través de todo el Estado considerado en su conjunto, el grado de discrepancia muestra hasta qué punto los grupos dirigentes basan su poder sobre la distorsión de la realidad.

O bien, para expresar la cuestión de otro modo: si la «verdad» no es compartida, los elementos dirigentes esperan un conflicto interno, antes que una acomodación armoniosa al entorno exterior del Estado. Por consiguiente, los canales de comunicación son controlados con la esperanza de organizar la atención de la comunidad en general, de tal modo que sólo lleguen respuestas consideradas como favorables para la posición de poder de las clases dirigentes.

3.33.6.12. *El principio del conocimiento equivalente*

Se dice a menudo, en teoría democrática, que la racionalidad de la opinión pública depende de sus conocimientos. No obstante, hay una gran ambigüedad en cuanto a la naturaleza del conocimiento, y a menudo se da a este término una equivalencia con el conocimiento perfecto. Una concepción más modesta e inmediata no sería hablar de ilustración perfecta sino de ilustración equivalente. La estructura de observación de una política dada por un especialista totalmente entregado será más elaborada y refinada que la del lego, y podemos tener la seguridad de que esta diferencia siempre existirá. Sin embargo es muy posible que el especialista y el lego se muestren de acuerdo en los términos amplios de la realidad. Uno de los objetivos que podría fijarse la sociedad democrática sería el de conseguir un conocimiento equivalente entre el del experto, el del dirigente y el del ciudadano. Experto, dirigente y ciudadano pueden tener la misma apreciación aproximada del crecimiento de la población en el mundo. Pueden compartir las mismas ideas generales sobre la probabilidad de una guerra.

Nada tiene de fantástico imaginar que los controladores de los medios de comunicación se situarán en cabeza para aportar un elevado grado de equivalencia en la sociedad entre la imagen del profano sobre las relaciones importantes, y la imagen del experto y del dirigente.

3.33.6.13. *Resumen*

El proceso de la comunicación en la sociedad realiza tres funciones: a) vigilancia del entorno, revelando amenazas y oportunidades que afecten a la posición de valor de la comunidad y de las partes que la componen; b) correlación de los componentes de la sociedad en cuanto a dar una respuesta al entorno; c) transmisión del legado social. En general, cabe encontrar equivalentes biológicos en las asociaciones humanas y animales, y en la economía de un organismo individual.

En la sociedad, el proceso de comunicación revela características especiales cuando el elemento dirigente teme al ambiente interior, así como al exterior. Al calibrar la eficacia de la comunicación en cualquier contexto dado, es necesario tener en cuenta los valores en juego, así como la identidad del grupo cuya posición se está examinando. En las sociedades democráticas, las opciones racionales dependen del conocimiento, el cual, a su vez, depende de la comunicación y, muy en especial, de la equivalencia de observación entre dirigentes, expertos y profanos

4. MARCO LEGAL Y ETICO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

4.1. LEY 100 DE 1993 Y LA CONTITUCION POLÍTICA

El derecho a la vida es inviolable, mas aun cuando se padece de una enfermedad crónica y degenerativa como lo es el Cáncer. Algunos enfermos terminales quieren que su vida por terrible que sea dure hasta el ultimo suspiro y esta en su derecho; Pero otros no desean prolongar eternamente su agonía y también están en todo su derecho, la eutanasia le ayuda a morir y este va hacer uno de los debates mas encendidos en este nuevo siglo. No existe ningún derecho más inviolable, ni más cuidadosamente guardado por la ley, que el derecho del individuo a controlar su propia vida, libre de todo impedimento o interferencia por parte de terceras personas; y se garantiza el derecho a la honra que seria un morir dignamente; en este instante crucial en el que el sufrimiento pasa hacer realmente insoportable, el enfermo comienza a considerar, seria, consciente y libremente, poner fin a sus días con la mayor dignidad posible. Si la muerte es el único hecho que el ser humano puede, a lo largo de toda su vida, dar por seguro e ineludible, si se le brinda el derecho de elegir como será su vida Porque otros han de dictaminar como debe morir?. Todas las personas tienen el derecho a gozar de un ambiente sano ; en los pacientes terminales son especialmente relevantes el deseo y el sentimiento de un final digno en un ambiente tranquilo; deseos que se concentran en un morir tedioso, no en un hospital, centro de salud o clínica mas bien acompañados de sus seres queridos y un profesional de salud que le ayude a mejorar su calidad de vida.

Todo individuo según el Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten teniendo en cuenta que el estado garantiza el derecho irrenunciable a la seguridad social ; y mas aun cuando se esta padeciendo de una enfermedad crónicas y degenerativas como lo es el Cáncer, que están aumentando en nuestra sociedad y que cualquier individuo podría verse afectado física y emocionalmente¹.

La ley 100 de 1993 crea el sistema de seguridad Social Integral que es el conjunto de instituciones normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el

¹ Constitución Política de Colombia. Artículo 1 De Los Derechos Fundamentales.

fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Todos los individuos estamos protegidos legalmente por la Constitución Política y la Ley 100 de 1993 en donde están establecidos nuestros derechos como ciudadanos¹.

4.2. EL PACIENTE TERMINAL DE CÁNCER Y SUS DERECHOS

Existe confusión y controversia, tanto en la población en general como en los círculos de profesionales de la salud, de cómo debe enfocarse la situación del enfermo ante la enfermedad del cáncer, de cómo puede repercutir esa realidad conocida ante su estado psíquico, emocional y afectivo, de cómo serían sus relaciones con la familia, con los amigos y la actitud de ésta hacia la problemática que se les presenta. Existen múltiples enfoques del manejo adecuado del profesional con el enfermo y sus familiares, pero existe desconocimiento acerca de las posibilidades legales que tienen dichos enfermos en fase terminal para obtener una mejor calidad de vida.

Tanto la OMS (1990) como Villamizar (1991), entre otros, señalan los derechos del paciente terminalmente enfermo, tales como:

- El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.
- A vivir independiente y alerta.
- A tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social, siendo la meta que se debe alcanzar el máximo confort posible para el paciente.
- A conocer o rehusar el conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
- A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- A ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de la vida.
- A que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- A hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo, de sus compromisos.
- A que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
- A morir con dignidad, tan confortable y apaciblemente como sea posible.

¹ Ley 100 de 1993. Artículo 3. Del Derecho A La Seguridad Social.

Morir dignamente: En la práctica diaria profesional con frecuencia nos tenemos que enfrentar a la muerte. Lo más seguro que tenemos en esta vida es la MUERTE. Tenemos que vencer el tabú de la muerte. En el fondo nos consideramos inmortales. Debemos hacer educación para aceptar la muerte con más realismo y tranquilidad. La racionalidad científica no la puede aceptar porque todo tiene que ser razonable, todo tiene que ser programable y nos irrita que la muerte se nos escape a esa programación.

Nuestros hijos deben aprender a ver la muerte como un proceso natural de nuestra existencia. No ocultarles la verdad por el temor de no traumatizarlos. Tenemos que fomentar la cultura del saber perder, porque toda nuestra vida terrenal estará llena de pérdidas: perderemos a nuestros seres queridos: padres, amigos, parientes. Los bienes materiales que tenemos serán efímeros, y ninguno de ellos los podemos poseer para siempre. Los bienes espirituales, el estar con Dios y cumplir el sentido ético de nuestra existencia, con la tarea de hacer el mayor bien que podamos, pensar que esta vida es sólo un paso hacia una felicidad completa y eterna, mitigará los sufrimientos que se puedan tener. La frase poética: «mientras haya un soplo de vida hay esperanza» no se aplica en la realidad. Cuántas enfermedades incurables como el cáncer tenemos que manejar sin que ese soplo de vida nos dé una esperanza.

EL DERECHO A LA VERDAD va ligado estrechamente con el derecho a MORIR DIGNAMENTE. El enfermo, sus familiares y nosotros mismos tenemos que enfrentarnos a la dura realidad de la verdad. Nuestra acción aquí es de capital importancia. Enunciar el DERECHO A LA VERDAD es fácil. Lo que es difícil es su aplicación. Se necesitan arte y experiencia para practicarla. Debemos ser conscientes que la primera resistencia que encontramos para comunicarlo, está en nosotros mismos: «¿Cómo decirle a este paciente tan joven que tiene una leucemia?» «¿Cómo decirle a mi amigo que tanto estimo, que tiene una enfermedad incurable?» Muchas veces se viene la idea de ocultarle la verdad: “¿Para qué decirle si en dos a tres meses morirá?”

Derecho a morir dignamente: Como la Fundación Derecho a Morir Dignamente (DMD) ha percibido que aún subsisten dudas acerca de la validez del documento "Esta es mi voluntad", sobre todo en algunas instituciones asistenciales (clínicas y hospitales), como también entre los médicos, las enfermeras y demás profesionales de la salud, se creyó conveniente formular una consulta a juristas expertos en el tema de los derechos del paciente. Por considerarlo de importancia para nuestros afiliados, a continuación transcribimos dicho concepto jurídico.

"El derecho privado se rige por el principio que prescribe que JURÍDICAMENTE ESTÁ PERMITIDO TODO LO QUE NO ESTÁ PROHIBIDO JURÍDICAMENTE. En

el ordenamiento jurídico colombiano no existe disposición alguna que le prohíba a una persona con capacidad decisoria y víctima de una enfermedad terminal, aceptar o no los cuidados y tratamientos que se le propongan. Por tanto, el médico tratante y la institución clínica u hospitalaria que tengan a su cargo la atención del paciente, deberán respetar rigurosamente su voluntad, manifestada en el documento "Esta es mi voluntad".

A la consideración expuesta arriba debe agregarse que en nuestra legislación civil rige el principio de la autonomía de la voluntad, limitado sólo por normas de excepción, que en la materia que nos ocupa no existen.

Los derechos que de uno y otro principio se derivan, encuentran respaldo inequívoco en la Constitución Colombiana de 1991, que consagra en su Artículo 16 la autonomía moral de la persona bajo la forma de "libre desarrollo de la personalidad", que en este campo no ha sido limitado.

Derecho a morir y vivir dignamente: Una de las paradojas de la medicina moderna es que, en nuestros días, los avances de la tecnología pueden prolongar la vida mucho más allá de su plazo natural. Aún así, el sufrimiento y el dolor siguen hallándose patentes en la realidad cotidiana y acompañan, configuran y determinan la vida de todos los seres humanos. Ningún temor es tan horroroso como el miedo a la cruel enfermedad, a la invalidez y dependencia constante, al sufrimiento de los seres queridos en los estadios terminales de la vida. Es algo que tendrán muy presente aquellos que hayan sentido, en alguna dolorosa ocasión, la necesidad de aliviar el sufrimiento y el irreversible fin de un ser querido que ha expresado, consciente y libremente, su deseo de no alargar inútilmente su vida.

Algunos enfermos terminales quieren que su vida, por terrible que sea, dure hasta el último suspiro, y están en su derecho. Pero otros no desean prolongar eternamente su agonía, y éste tendría que ser también su derecho. La eutanasia, la ayuda a morir, va a ser uno de los debates más encendidos de este nuevo siglo, pero el auténtico interrogante radica en si una persona tiene derecho a dejar esta vida cuando el fin esté próximo y sólo le aguarde el horror de la angustia y el dolor intenso. Una muerte lenta carece totalmente de sentido y, desde luego, no beneficia a nadie.

No existe ningún derecho más inviolable, ni más cuidadosamente guardado por la ley, que el derecho del individuo a controlar su propia vida, libre de todo impedimento o interferencia por parte de terceras personas. Si la muerte es el único hecho que el ser humano puede, a lo largo de toda su vida, dar por seguro e ineludible, si se le brinda el derecho de elegir cómo será su vida, ¿por qué otros han de dictaminar cómo debe morir? Isaac Asimov, poco antes de su muerte,

escribió: "Ningún ser humano decente permitiría que un animal sufriera sin poner fin a sus males. Sólo con los propios seres humanos somos tan crueles como para permitirles seguir viviendo en el dolor, en la desesperanza, sin hacer un gesto para ayudarles".

En ese instante crucial en el que el sufrimiento pasa a ser realmente insoportable, el enfermo comienza a considerar seria, consciente y libremente, poner fin a sus días con la mayor dignidad posible. En los pacientes terminales son especialmente relevantes el deseo y el sentimiento de un final digno, de una muerte tranquila. Deseos que se concentran en un morir tedioso que se acepta con serenidad, control y esperanza o, por el contrario, se convierte en un final insufrible y abominable del que se reniega y sobre cuya base se puede sustentar la solicitud de provocar deliberadamente la muerte.

La muerte es un instante o un proceso que forma parte de la vida, al igual que el sufrimiento lo es del morir. Los últimos momentos de una vida precaria, vulnerable, débil e indefensa forman parte de un proceso en el que el ser humano experimenta y muestra, descarnadamente, su efímera y fugaz vida, su profunda soledad, su vulnerabilidad, sus esperanzas sombrías, su extrema angustia, su abandono cruel, su dolor penetrante, persistente, silencioso y mortal. En ese espinoso camino terminal aparecen, ineludiblemente, las dudas, las debilidades, los sufrimientos, los miedos, las decisiones controvertidas, las desesperanzas o las vanas esperas. Y es que, como decía Herodoto: "Cuando la vida es una pesada carga, la muerte se convierte en un ansiado refugio para el hombre"¹.

4.3. DILEMAS ETICOS EN ENFERMERÍA

4.3.1. Consideraciones ético – legales en cuanto a la eutanasia

La atención sanitaria no debe centrarse únicamente en la prolongación de la vida del enfermo. Es verdad que esa lucha contra la enfermedad y la muerte es un indiscutible objetivo de la praxis sanitaria y ha tenido una gran importancia en el avance de la medicina, pero no puede convertirse en un objetivo que debe ser buscado siempre. Tampoco en la situación de la proximidad a la muerte, debe privarse el enfermo de su protagonismo y deberá valorarse cual es su petición. Existen situaciones en que debe respetarse seriamente el deseo de: propio enfermo terminal e igualmente la praxis sanitaria debe ser muy sensible a la

¹ Otto E. Shirly. Enfermería Oncológica. Editorial Mosloy. 3ª Edición.

humanización del proceso de la muerte Es irracional y éticamente reprobable crear situaciones en que se prolonga cuantitativamente la existencia del enfermo, pero al cruel precio de causar un inaceptable encarnizamiento terapéutico Los médicos deben ser sensibles al revisar sus actitudes frente al enfermo. incluso a no concretar sus propias angustias ante la muerte en actitudes vitalistas. La muerte de un enfermo no es muchas veces un fracaso para un medico: el verdadero fracaso es la muerte deshumanizada. Abordemos ahora el problema ético de aquellas situaciones en que el propio enfermo en proximidad a su muerte y. también en los casos de suicidio asistido pide que se le ayude a morir mediante una muerte piadosa.

En este problema debe hacerse alguna algunas precisiones previas en primer lugar hay que preguntarse sobre el significado de esa petición de Eutanasia. Como ya dijimos puede tratarse de una petición mediante la cual el enfermo esta pidiendo una ayuda humana que no se le sabe prestar de forma similar a los intentos de suicidio que, con cierta frecuencia, son igualmente una especie de llamada de atención, de búsqueda de calor humano. También abra que tener en cuenta si el alivio de los dolores no es la verdadera respuesta a tales peticiones. son muchos los médicos que informan que las actitudes de los enfermos son muy distintas cuando se les quita el dolor igualmente abra que tener en cuenta hasta que punto esa petición refleja la verdadera voluntad del paciente o si, mas bien, es consecuencia de estados transitorios, deberá tenerse en cuenta la inevitable falibilidad de los pronósticos médicos que pueden llevar a considerar a determinadas situaciones como irreversibles y terminales y por tanto. en las que se podrá aplicar, la eutanasia. sin embargo las enfermedades pueden tener un curso no previsto por la medicina, que nunca será una ciencia exacta.

Sin negar todas los elementos indicados, también es cierto que existen enfermos que piden de forma continuada y conciente la Eutanasia o el suicidio asistido que ellos mismos no pueden algunas veces provocarse como en el caso de las tetraplejas. Es importante mencionar que los argumentos de la iglesia en relación con la Eutanasia son de índole religiosa y que carecen de valides para una persona no creyente¹.

4.3.2. El problema legal de la eutanasia

Ciertamente debe admitirse la Ortotanasia. es decir la no aplicación de terapias desproporcionadas como una situación claramente distinta de la verdadera Eutanasia. Algunos autores consideran que la Ortotanasia se identifica con la

¹ Ética de Enfermería Balderas. Interamericana McGraw – Hill. Paginas 2, 3, 23, 24 y 25.

Eutanasia. Creemos que este planteamiento es erróneo. Ciertamente las dosis utilizadas como calmantes son muy inferiores a los que se pueden emplear para quitar positivamente la vida de un enfermo que así lo pide. Por otra parte, es muy distinto, ética, ilegalmente, el no oponerse al proceso de muerte de un enfermo, porque se considera que racionalmente no debe hacerse, que poner una acción positiva por el que se le quita la vida, en el primer caso es su proceso de muerte que le lleva a su final y ante el que no se ponen barreras mientras que en el segundo es el acto de otro el que dispone positivamente de la vida ajena. Se trata de una diferencia sustancial, que, de ninguna forma debe ser minusvalorada.

Colombia ha llegado a una situación próxima a la despenalización de la Eutanasia, si se cumple una serie de requisitos debe tratarse de un enfermo que lo pide de forma razonable y continuada, de una enfermedad irreversible y próxima a la muerte que causa un grave sufrimiento y, además, el médico tiene que consultar con otro profesional. La eutanasia sigue estando penalizada en el código penal colombiano, hasta que el congreso de la República reglamente esta despenalización.

Los partidarios de la despenalización de la eutanasia arguyen desde el derecho de a persona ha disponer de su propia vida y a recibir la ayuda médica necesaria para conseguirlo de una forma indolora. Pero, no se trata de un mero derecho personal individual, ya que se exige la participación de otra persona y tiene, por tanto, una resonancia social. Admitir esta forma de eutanasia iría contra la tendencia histórica que ha restringido al máximo las excepciones al principio general de la inviolabilidad de la vida humana, hoy están muy cuestionadas dos excepciones clásicas, la pena de muerte y la guerra justa.

Al mismo tiempo la práctica Eutanasia sería, en muchos casos y por las características de estas situaciones consecuencia de una decisión privada entre el enfermo y su médico, sin que sea posible un previo proceso judicial, lo que es igualmente contrario a la misma tendencia histórica. Una consecuencia preocupante de la despenalización de la eutanasia es que lo que se concede al enfermo como un derecho se convierta subjetivamente en una obligación ante los problemas económicos y familiares frecuentemente asociados. Y, sin embargo, la sociedad debería proteger siempre al más débil y necesitado de protección que es, sin duda, el enfermo.

4.3.3. Sentencia de la corte constitucional sobre la despenalización del homicidio por piedad

- **Norma Acusada:** El texto del artículo 326 del “Código Penal” es el siguiente:

Homicidio por piedad el que matara a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años.

- **Demanda:** Los argumentos que expone al actor para solicitar la inexecutableidad del artículo 326 del Código Penal son. los siguientes.
 - El rol principal de un Estado Social y Democrático de Derecho es garantizar la vida de las personas protegiéndolas en situaciones de peligro, previniendo atentados contra ellas y castigando a quienes vulneran sus derechos. En la Norma acusada el Estado no cumple su función, pues deja al arbitrio del medico o del particular la decisión de terminar con la vida de aquellos a quienes se consideran un obstáculo, una molestia o cuya salud represente un alto costo
 - Si el derecho a la vida es inviolable como lo declara el artículo 11 de la Carta, de ello se infiere que nadie puede disponer de la vida de otro: por tanto, aquel que mate a alguien que se encuentre en mal estado de salud, en.. coma, inconsciente, con dolor, merece que se le aplique la sanción prevista en los artículos 323 y 324 del Código Penal y no la sanción del artículo 326 y ibidem que, por su levedad, constituye una autorización para matar; y es por esta razón que debe declararse la inexecutableidad de esta última norma compendio de insensibilidad moral y de crueldad
 - La norma acusada vulnera el derecho a la igualdad, pues establece una discriminación en contra de quien se encuentra gravemente enfermo o con mucho dolor. De esta forma el estado relativista el valor de la vida humana, permitiendo que en Colombia hallan Ciudadanos de diversas categorías.
 - La norma olvida que no toda persona que tenga deficiencia en su salud tiene un deseo vehemente de acabar con su vida: al contrario, las personas quieren completar su obra por pequeña o grande que ella sea.

4.4. LAS MENTALIDADES ANTE LA MUERTE

Siguiendo al historiador Philippe Arias padre de la moderna historia de las mentalidades sobre la muerte y morir el Dr. Diego Gracia intenta analizar las mentalidades mas importantes que se han dado a lo largo de la cultura occidental

a propósito de la eutanasia. Para el Dr. Gracia las mentalidades han sido 3 que llamara respectivamente La Ritualizada, la Medicalizada y la Automatizada. Solo desde el marco conceptual de esta ultima cobra sentido el actual debate sobre la Eutanasia.

4.4.1. Mentalidad ritualizada

La muerte nunca ha sido un hecho natural, siempre es y será un fenómeno cultural, cuando afirmamos que es cultura queremos decir que ha sido creado por el hombre. El ser humano nunca ha aceptado ver que su semejante se descomponga y menos en presencia de sus seres queridos por eso siempre ha buscado signos premonitorios de la descomposición orgánica desde el concepto de muerte cardiopulmonar hasta conceptos tan recientes como muerte cerebral. Por muchos siglos se ha dicho que una persona que carece de pulso y de respiración espontánea es porque su diagnostico es de muerte pero realmente se trata de una convención cultural mas que un hecho natural incontrovertible o porque se ha escrito tanto sobre las muertes aparentes o porque la legislación puso un plazo de 24 antes del enterramiento del cadáver. Los antropólogos nos han recordado que la vida humana hay momentos de una especial trascendencia cultural. como el nacimiento, la pubertad el matrimonio y la muerte. La cultura de cualquier pueblo asimila estos momentos tan bruscos a base de un complejo ritual formalizado Las personas llegan a incorporarlos a su vida de tal modo, que para ellos dejan de ser al cabo de cierto tiempo, ritos culturales para convertirlos en ritos naturales Acabaron pensando que es natural que los hombres mueran de una determinada manera lo que hoy llamamos la unión de los enfermos (sacramento cristiano) aparece como un rito de paso de la muerte o mejor de la eutanasia su función es ayudar a morir.

Todas las culturas han desarrollado una ritos de paso cuyo objetivo es ayudar a morir, algunos pueblos han usado productos químicos. otros veneno, otros procedimiento de carácter físico como humos, inciensos, pero también existen culturas que utilizaron procedimientos psíquicos: en el momento adecuado de su vida, el anciano se despedía de los demás de la tribu se retiraba y se disponga a morir, consiente de que había llegado su hora. Con esto las culturas han ritualizado el fenómeno de la muerte. Siempre con e objetivo de humanizar el proceso del morir evitando en o posible el sufrimiento. y si es el caso acelerando directa y voluntariamente su llegada Los encargados de este rito eran en unos casos los familiares en otros los chamanes, magos o hechiceros A partir de la Medicina científica nacida en Grecia. esta misión fue encomendada exclusivamente a los médicos. Con esto comienza la segunda mentalidad: la

mente medicalizada.

4.4.2. Mentalidad “medicalizada”

Asclepio dicto las reglas de la Medicina para su aplicación aquellos que, teniendo sus cuerpos sanos por naturaleza y en virtud de su régimen de vida, han contraído alguna enfermedad determinada, pero únicamente para estos seres y para los que gocen de esta constitución a quienes para no perjudicar la comunidad deja seguir el régimen ordinario limitándose a librarse de sus males por medio de drogas y cirujas, mientras en cambio con respecto a las personas crónicamente miradas por males internos, no se consagra a prolongar y amargar su vida con un régimen de paulatinas evacuaciones e infusiones, de modo que el enfermo pueda engendrar su constitución sino al contrario, consideran que quien no es capaz de vivir desempeñando las funciones que le son propias no debe recibir cuidados por ser una persona inútil tanto para si mismo como para la sociedad.

Por lo tanto, los médicos deben separar del cuerpo aquellos miembros que están necrosados y cuya eficacia sea nula, como los dedos gangrenados y los dientes cariados. Con esto queremos decir que la medicina no solo ha cumplido con defender la vida, sino que ha sido desde sus orígenes una ciencia Eutanasia. el doctor Gracia plantea que los médicos han practicado tradicionalmente la Eutanasia Pasiva (desahucio a sus pacientes cuando veían que el proceso era incurable) y la Eutanasia activa, en aquellos casos en que las características peculiares de la enfermedad así lo aconsejan. como contagio de la enfermedad o final trágico doloroso.

4.4.3. Mentalidad “autonomizada”

Hoy día a resucitado e interés por la Eutanasia .porque se ha incorpora un nuevo elemento al debate La Autonomía de los pacientes. Desde la antigua cultura griega hasta los médicos Nazis, las practicas eutanasicas que tenemos noticias se basaron de motivos sociales, políticos, médicos, eugenésicos, etc, pero en muy pocas ocasiones tuvieron en cuenta la voluntad de los pacientes.

La actual polémica sobre La Eutanasia es además de un intento de dar una salida humana a las fases finales de la existencia, es un reto a nuestra cultura, y a nuestra forma de afrontar la vida y a muerte. La pregunta esta en saber si este proceso ganado por los enfermos (autonomía del morir) puede llevarse hasta el

punto de que los pacientes pueda no solo pueden rechazar tratamientos que ellos consideren innecesarios y perjudiciales, sino pedir que se ponga de modo directo y activo fin a su vida. Esto refleja que hay personas para las cuales hay situaciones que consideran peor que la muerte, Fe, los casos en que las personas han perdido la capacidad de cuidarse por si misma, como sucede con los cuadraplejicos.

El problema ético esta en saber si las personas que viven una vida que considera peor que la muerte pueden poner termino a su sufrimiento (Suicidio) y Si en el caso que estén imposibilitado para realizarlos por si mismo, pueden pedir a otras personas, especialmente a los médicos, que pongan termino a su vida (Eutanasia).

4.5. CONCEPTOS DE LA ÉTICA EN LA PRACTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Como sucede con las disciplinas intelectuales, la hética es difícil de caracterizar; sin embargo, las razones para su estudio están en las raíces mismas de las relaciones sociales. La ética estudia las formas de conducta o comportamientos sociales que la humanidad considera valiosa, debidas y además moralmente obligadas. Son objeto de estudio de la ética, las actividades humanas conscientes y voluntarias que afectan a otros seres humanos o a la sociedad en su conjunto. El estudio de la ética presupone una concepción filosófica del mundo y del ser humano. Dicha concepción incluye como variables de estudio la libertad, la responsabilidad y las necesidades humanas. El comportamiento moral esta sujeto a transformaciones constantes y a cambios fundamentales debidos al proceso de auto producción y auto transformación.

4.5.1. Fuentes de la ética profesional de enfermería

Las fuentes de la ética profesional se encuentran en todas las actividades humanas teniendo como base las mas elementales normas sociales. Entre ellas están las normas jurídicas, las normas morales, las de trato social y las del comportamiento moral.

El ser humano, que por naturaleza vive en sociedad, se ve obligado a actuar conforme a las normas mencionadas, ya que si no lo hace no puede convivir con sus semejantes.

Las fuentes de la ética profesional se encuentran así en las normas y las normas a su vez, para prestar servicio social a la comunidad en el trabajo, el arte o la ciencia, existen normas que son exclusivas para tan efecto.

Las fuentes de la ética profesional son precisamente las normas destinadas exclusivamente para la prestación de servicios de la sociedad; que para la procepción de enfermería serian el código de ética de enfermería, la ley 266 de 1996, la ley 100 de 1993, mas adelante hablaremos de cada una de las normas de la ética profesional.

La enfermera como profesional debe aceptar la responsabilidad de tomar decisiones y realizar acciones en sociedad, su comportamiento profesional afecta o beneficia a otros miembros de la comunidad; por ello debe ajustarse a las normas de la ética profesional.

Las normas morales para el ejercicio de la enfermería, las del trato social, las legales, las institucionales, las gremiales constituyen la ética profesional. Las enfermeras se coordinan con otros miembros del equipo de salud y por ello es lógico que encontraran problemas ético morales que deben resolver. La aplicación de las normas para los profesionales de la salud constituyen los cimientos para una toma de decisiones conciente y responsable que asegure una conducta debida.

La enfermera se ha concebido como ciencia, arte, profesión y proceso; es posible conceptualizar la enfermería como Conjunto de conocimientos y acciones necesarios para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieren, en actividades de promoción de la salud, diagnostico de enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto presupone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales”¹.

4.5.2. Sistema de seguridad social integral

Este sistema es un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen derechos todos los ciudadanos Colombianos, para gozar de una buena calidad de vida mediante todos los programas que el Estado y la sociedad desarrollen, esto con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de todas las personas de una comunidad.

¹ Gallego Cecilia. Ética y Valores.

El Sistema de Seguridad Social tiene como objeto garantizar los derechos irrevocables del individuo y la comunidad, para obtener una buena calidad de vida acorde con la dignidad humana, brindando protección a las contingencias que la afecten.

La Seguridad Social cuenta con principios, que permiten que los servicios de salud se presten con excelente calidad, pero como se menciono antes en algunas ocasiones esto no se cumple porque a un paciente no lo ven como un ser humano al momento de solicitar estos servicios, sino como un objeto científico. Si estos principios se desarrollan teniendo en cuenta el objetivo principal del sistema de Seguridad Social, no habrá en este país tanta muerte a causa de una inadecuada educación a la comunidad en métodos de prevención de enfermedades, tales como el Cáncer.

Los principios con que cuenta el Sistema de Seguridad Social, están escritos en el capítulo 1, artículo II de la ley 100 de 1993, ellos son:

- **EFICIENCIA:** Es la mejor utilización económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **UNIVERSALIDAD:** Es la garantía de la prestación para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- **SOLIDARIDAD:** Es la practica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, bajo el principio del mas fuerte hacia el mas débil.
- **INTEGRIDAD:** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para esto cada cual contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender contingencias amparadas por la ley.
- **UNIDAD:** Es la articulación de políticas, instituciones regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la Seguridad Social.
- **PARTICIPACIÓN:** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficios de la Seguridad Social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Sistema en su conjunto.

El Sistema de Seguridad Social, es un derecho y como tal debe ser progresivo, y con el objetivo de amparar a la población mejorando y sosteniendo una muy buena calidad de vida, en términos establecidos por la ley 100 de 1993. La Seguridad Social es un servicio publico obligatorio, cuya dirección y control están a cargo del estado y que será prestado en todas las instituciones publicas o privadas que presten servicios de salud en todo el territorio nacional¹.

4.6. LEY 266 DE ENERO 25 DE 1996

La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. **Integralidad:** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
2. **Individualidad:** Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.
3. **Dialogicidad:** Fundamente la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

¹ Ley 100 de 1993. Artículo 3. Del Derecho A La Seguridad Social.

4. **Calidad:** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.
5. **Continuidad:** Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones¹.

4.6.1. Ambito del ejercicio de la profesión

El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua.

El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

4.6.2. Definición y propósito

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

¹ Ley 266 de Enero 25 de 1996.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías. Tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida.

El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizados mediante la experiencia, la investigación y la educación continua.

El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud.

4.7. LOS DEBERES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Son deberes del profesional de enfermería, los siguientes:

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica, etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente Ley y de acuerdo a los principios del Código de Ética de Enfermería que se adopte en Colombia, o en su defecto por los principios del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, CIE.
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución.
5. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las

disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

4.8. LOS DERECHOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Son derechos del profesional de enfermería:

1. Tener un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal.
2. Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales, por las recomendaciones y convenios nacionales internacionales.
3. Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.
4. Ejercer dentro del marco del Código de Ética de Enfermería.
5. Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y de enfermería.
6. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios y adecuados para cumplir con sus funciones de manera segura y eficaz, que le permitan atender dignamente a quien recibe sus servicios.
7. Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicado en los escalafones correspondientes en el sistema de salud, educación y otros.
8. Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.
9. Definir y percibir un escalafón salarial profesional, que tenga como base una remuneración equitativa, vital y dinámica, proporcional a la jerarquía científica, calidad, responsabilidad y condiciones de trabajo que su ejercicio demanda.

4.9. CÓDIGO DE ÉTICA ENFERMERÍA

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo

tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

La ética considera los actos humanos en cuanto que son “correctos” o “incorrectos”. Tiene en cuenta los actos que son libres o los actos humanos en lo que se refiere a que son “justos” o “injustos”. Para decirlo con palabras más sencillas, la ética considera si los actos son “buenos” o “malos”. A nosotros nos interesa, por tanto, conocer qué es “bueno” o “malo”, qué es “correcto” o “incorrecto”, que es “justo” o “injusto”.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento. La libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sanciona la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y recíproco a la dignidad humana. Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto.

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del ser humano, de comprender la vida y entender al ser ajeno... es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.

Es indispensable seguir nuestro trabajo por una guía de conducta, esto es un código de ética que inspire una correcta conducción profesional con fundamentos que simplifiquen y delimiten los conceptos sobre el ser humano como un ser biopsicosocial dinámico miembro de una sociedad.

La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los derechos humanos, como son:

- Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nadie; lo anterior requiere realizar un balance riesgo-beneficio.
- Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en

cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

- Justicia: Estipula la igualdad de trato entre los iguales, y la diferencia de trato entre los desiguales, conforme a sus necesidades. Esto significa que las personas que tienen necesidades iguales en materia de salud deben recibir la misma cantidad de recursos sanitarios (igualdad de trato entre iguales). Significa también que si algunas personas tienen más necesidades que otras, deberían recibir más recursos sanitarios. Hacer hincapié en las necesidades permite una distribución más equitativa de los recursos disponibles.
- La Integralidad y los principios de Integralidad y totalidad: Orientan el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad, con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual. Se entiende por integridad la unidad de cada una de las dimensiones del ser humano y de estas entre sí. El principio de totalidad busca el bien de toda la persona.
- Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.
- Confiabilidad: Significa que el profesional se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, hacer un procedimiento y ofrecer un servicio o ayuda. El profesional debe mantener y acrecentar el conocimiento y la habilidad para dar seguridad en los cuidados que brinda a la persona o comunidad.
- Solidaridad: Es la cohesión o integración ordenadora de personas para asociar esfuerzos con el fin de lograr determinados fines para algunos o para todos a nivel personal, familiar, comunitario, nacional, internacional. Este principio se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de unas raíces, unos medios y unos fines comunes de los seres humanos entre sí, sus igualdades en cuanto a que pertenecen a la misma especie y comparten un mismo medio natural que todos necesitan, deben respetar y conservar para las generaciones venideras. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. Por lo anterior la solidaridad es un principio indeclinable de convivencia humana.
- Tolerancia: Este principio se fundamenta en el valor de la dignidad humana. La palabra tolerancia tiene su raíz en el verbo latino tolerare: Soportar, sufrir, sostener. Hace referencia a un mal que se ha de permitir para cualquier razón determinada. Este principio significa llevar con paciencia, o permitir algo que no se tiene por lícito, sin aprobarlo expresadamente. La verdad es objeto de amor, la opinión es objeto de respeto, mientras que el objeto de la tolerancia es el mal y el error, con miras a evitar males o errores mayores.
- Privacidad: El fundamento del principio de privacidad es la intimidad, que es la

dimensión existencial reservada de una persona, familia o grupo y corresponde a ámbito mas nuclear del yo personal. El deseo de intimidad surge de la conciencia de la propia realidad como misterio. La intimidad se vive al ponerse en la tarea de meterse dentro de si observando y viviendo el presente. Para los seres humanos es un medio necesario para aprender a vivir. La privacidad consiste en no divulgar, ni permitir que se conozca la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida, la salud, la enfermedad y las causas de la muerte de quienes de algún modo se relacionan con el ejercido profesional.

- Veracidad: Es la armonía entre lo que es, siente, piensa y hace la persona, facilitando a los demás el acceso a lo que se recibe honradamente como cierto. Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. La veracidad es parte del respeto que se debe a las personas. Las enfermeras están obligadas a ser veraces, porque lo contrario socavaría la confianza del paciente y la eficacia de su relación.
- Fidelidad: Se define como la obligación de cumplir con los compromisos.

Las obligaciones que recaen generalmente en el ámbito de la fidelidad son las implícitas en una relación de confianza entre la persona sujeto del cuidado y la enfermera, tales como el cumplimiento de promesas y el mantenimiento de la confidencialidad.¹

4.10. DEBERES QUE IMPONE LA ÉTICA PROFESIONAL

4.10.1. Deberes para con la profesión

1. Contribuir con su conducta profesional para que se forme y mantenga en la sociedad, un exacto concepto del significado de la profesión, de la dignidad que la acompaña y del alto respeto que merece.
2. No ejecutar actos reñidos con la buena técnica, aún cuando pudiere ser en cumplimiento de órdenes de autoridades, mandantes o comitentes.
3. No competir con los demás colegas mediante acciones desleales o maliciosas o todas aquellas que involucren la dignidad de las personas.
4. No tomar parte en concursos u otras formas de requerimiento de servicios

¹ Código de Ética en Enfermería.

profesionales, en cuyas bases aparezcan disposiciones o condiciones reñidas con los principios básicos que inspiran este Código o sus disposiciones expresas o tácitas.

5. No conceder su firma a título oneroso o gratuito, para autorizar acciones, procedimientos, informes o toda otra documentación profesional que no hayan sido estudiados, ejecutados o controlados personalmente por el sistema oficial de control o jefatura pertinente.
6. No hacer figurar su nombre en anuncio, membrete, propaganda y demás medios análogos, junto al de otras personas que sin serlo, aparezcan o se confundan como profesionales.
7. No recibir o conceder comisiones, participaciones y otros beneficios, con el objeto de gestionar, obtener o acordar designaciones de índole profesional, o la encomienda de trabajos profesionales.
8. No hacer uso de medios de propaganda en los que la jactancia constituya la característica saliente o dominante; consista en avisos exagerados o que muevan a equívocos. Tales medios deberán siempre ajustarse a las reglas de la prudencia y el decoro profesional.
9. Oponerse como profesional, a las incorrecciones del comitente o mandante, en cuanto atañe a las tareas profesionales que tenga a su cargo, renunciando a la continuación de ellas, si no puede impedir que se lleven a cabo.

4.10.2. Deberes en desarrollo permanente

1. Buscar en forma permanente la actualización y formación profesional para el mejoramiento del desempeño en todos los niveles.
2. Brindar facilidades necesarias para recibir cursos de formación y capacitación.
3. Apoyar a las nuevas generaciones de enfermeras, tecnólogos, médicos y técnicos de Rx en su formación y desarrollo personal.

4.10.3. Deberes de seguridad laboral

1. Proveer y mantener un ambiente de trabajo seguro.
2. Realizar procedimientos de operación seguros que salvaguarden la salud del equipo interdisciplinario de trabajo.
3. Proteger el ambiente y minimizar el impacto de los procesos en la tierra, aire y agua atendiendo a los derechos de las futuras generaciones.
4. Mantener y utilizar sistemas de control de contaminación en las áreas de hemodinámica.

5. Respetar y aplicar las normas que rigen las áreas de hemodinámica para la seguridad de las personas en situaciones de contingencia.

4.10.4. Deberes para con los colegas

1. No utilizar sin la autorización de sus legítimos autores, para su publicación en trabajos profesionalmente propios, ideas, esquemas, informes, trabajos de investigación e información y demás documentación perteneciente a aquellos.
2. No emitir públicamente juicios adversos sobre la actuación profesional de colegas, menoscabando su personalidad, salvo que medien exigencias de interés público.
3. No sustituir al colega en trabajo iniciado por éste, sin su previo conocimiento.
4. No ofrecer ni aceptar la prestación de servicios profesionales, por honorarios inferiores a los que fija el arancel de cada país o institución, excepto se den alguna de las siguientes circunstancias:
 - a. Se trate de honorarios que deban ser abandonados por ascendientes o descendientes en línea directa, hermanos o cónyuge del profesional.
 - b. Se trate de honorarios ya devengados por tareas terminadas.
5. No designar ni influir para que sean designados en cargos que deben ser desempeñados por profesionales, personas carentes de título profesional o inhabilitado correspondiente.

4.10.5. Deberes para con los comitentes empleadores y público en general

1. No aceptar en su propio beneficio, comisiones, descuentos, bonificaciones y demás análogas, ofrecidas por proveedores de materiales, artefactos o estructuras, por contratistas y / o personas directamente interesadas en la ejecución de los trabajos que el profesional proyecte, dirija o realice.
2. Mantener secreto y reserva respecto de toda circunstancia relacionada con el paciente y con los procedimientos que en él se realizan, sin la autorización de la institución o jefatura correspondiente, salvo obligación legal.
3. Advertir al médico operador, colegas, jefatura y empleador sobre los errores en que éste pudiera incurrir, relacionados con los trabajos que los profesionales proyecten o dirijan.
4. Dedicar toda aptitud y atender con la mayor diligencia y probidad la atención a los pacientes.

4.10.6. Deberes para con los profesionales que se desempeñen en la función pública y los que lo hacen en la actividad privada

1. Los profesionales que se desempeñen en la actividad privada, al resolver los diversos problemas técnicos, deben considerarse auxiliares de la administración pública. pero no dependientes de ésta.
2. Los profesionales se deben entre sí, el trato mesurado y respetuoso que corresponde a la calidad de colegas, sin perjuicio de la atención de los intereses de sus comitentes.

4.10.7. Deberes para los que se encuentran en relación jerárquica

1. Los profesionales de la enfermería, tecnólogos médicos, técnicos de Rx y otros que se hallen ligados entre sí por razones de jerarquía, ya sean en administraciones y / o establecimientos públicos o privados, se deben mutuamente, independientemente, y sin perjuicio de aquella relación, el respeto y el trato impuesto por la condición de colegas, con el espíritu que emana del presente código.
2. El profesional superior jerárquico debe cuidarse de proceder en forma que no desprestigie o menoscabe a otros profesionales que ocupen cargos subalternos al suyo. En tanto, el subalterno jerárquico, está recíprocamente con respeto al superior, en misma obligación, independientemente y sin perjuicio de las disposiciones reglamentarias que pudieran existir para el caso.

4.10.8. Deberes para con su intervención en cursos

1. La invitación a dos o más profesionales a preparar en oposición, trabajos y proyectos de investigación complementarios para un mismo proyecto o trabajo ya conocida su realización o ejecución.
2. El profesional que haya actuado como asesor en un proyecto de investigación, debe abstenerse luego de intervenir directa o indirectamente en las tareas profesionales requeridas por el desarrollo del trabajo que dio lugar al mismo, salvo que su intervención estuviera establecida en las bases del proyecto, curso o concurso.
3. Cuando un profesional es consultado por el promotor, con miras a designarlo

asesor respecto a la realización de un concurso y luego se decide no realizarlo, sino designar a un profesional para que efectúe el trabajo que habría sido objeto de ese concurso, el antes consultado está inhibido de aceptar esta última encomienda.

4. El profesional que toma parte de un concurso está obligado a observar la más estricta disciplina y el más severo respeto hacía el asesor, los miembros del jurado y los concurrentes de ese concurso tanto para trabajos de investigación o de trabajos libres ; falta a esta regla si se alza injustamente del fallo o publica críticas al mismo y / o a cualquiera de los trabajos presentados, atribuyendo a cualquiera de esos profesionales, sin demostración concluyente, formas de proceder y / o conductas inadecuadas.

4.11. LEY 100 DE 1993

La Seguridad social cuenta con unos principios, que permiten que los servicios de salud se presten con excelente calidad, Pero teniendo en cuenta que en nuestro país en algunas ocasiones no se prestan excelentes servicios de salud, ya que a las personas no las ven como seres humanos al momento de solicitar estos servicios, sino como un objeto científico. Si estos principios se desarrollan teniendo en cuenta el objeto principal del Sistema de Seguridad social, no habrá en el país tanta muerte a causa de una inadecuada educación a la comunidad en métodos de prevención de enfermedades, tales como el Cáncer.

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes (Artículo 153 de la ley 100):

1. **Equidad:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.
2. **Obligatoriedad:** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

3. **Protección integral:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.
4. **Libre escogencia:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.
5. **Autonomía de instituciones:** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.
6. **Descentralización administrativa:** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.
7. **Participación social:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
8. **Concertación:** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

9. **Calidad:** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines (Artículo 154 de la ley 100):

- a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta Ley.
- b) Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;
- c) Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.
- d) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.
- e) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley
- f) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad
- g) Evitar que los recursos destinados a la Seguridad Social en Salud se destinen a fines diferentes
- h) Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

Cuando la enfermera como profesional acepte las responsabilidades que tienen de acuerdo a las normas morales que rige el ejercicio de la profesión, se podrá brindar una atención de enfermería con responsabilidad al tomar decisiones y realizar acciones en sociedad y así se evitara sanciones escritas por la ley¹.

¹ Ley 100 de 1993. Artículo 3. Del Derecho A La Seguridad Social.

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

EL presente fue un estudio cualitativo, ya que se conformo un grupo focal constituido por los familiares de las pacientes con cáncer de mama en fase terminal, en quienes se utilizo un cuestionario con preguntas abiertas.(Anexo A), para indagar sobre las necesidades educativas a cerca del cuidado que se debe brindar al paciente en esta etapa.

5.2. POBLACION

Familias cuidadoras de pacientes con cáncer de mama en fase terminal que recibían tratamiento en el Instituto de Quimioterapia de Risaralda durante el segundo semestre del 2004.

5.3. FUENTE DE DATOS

Se conformo un grupo focal constituido por los cuidadores a quienes se les aplico una entrevista que fue grabada y que contenía las siguientes preguntas:

- 1). ¿Para usted que es el cuidado?.
- 2). ¿Cómo cuida usted a su familia?. ¿Que hace?
- 3). ¿Qué sabe de la enfermedad que tiene su familia?
- 4). Hay aspectos básicos a nivel biológico o fisiológica que se deben tener en cuenta para cuidar mejor a su familiar; ¿usted cuales tiene en cuenta y como los practica?
- 5). Además de los aspectos biológicos y fisiológicos; los sentimientos, pensamientos, emociones, temores son igualmente importantes, ¿usted cuales tiene en cuenta y como los practica?
- 6). Hay necesidades de carácter espiritual, ¿en cuanto a este tipo usted como actúa?
- 7). Lo que usted conoce sobre los cuidados, ¿a través de que persona o institución los ha aprendido?
- 8). ¿Cómo se ha sentido asumiendo el papel de cuidador y que piensa de esta situación por la cual atraviesa usted y su familia?

- 9). Cuando usted quiere conocer y / o aprender temas relacionados con la salud, ¿cual medio prefiere: Oral (personal), audiovisual, escrito.
- 10). En su hogar, ¿cual es el medio de información que más utiliza para estar en contacto la mayor parte del tiempo: Radio, televisión, prensa y revista?
- 11). ¿Cómo le gustaría que nosotros le entregáramos la información más concreta sobre el tema?

5.4. ANALISIS DE LOS DATOS

Se realizo una tabla donde se consolidaron todas las respuestas de los participantes.

Posteriormente las respuestas se clasificaron en tres categorías de análisis: El saber, que significa el conocimiento que poseen las personas frente a un tema específico, el sentir que quiere decir los sentimientos que experimentan las personas en una situación determinada y el hacer que son los comportamientos que asumen las personas en su practica de cuidador, en este caso.

Los objetivos del grupo focal teniendo en cuenta la categorías de análisis fueron.

SABER : Identificar a través de los grupos focales los conocimientos que tienen las familias respecto al cuidado que le deben ofrecer a sus familiares con cáncer de mama en fase terminal; y que reciben atención en el instituto de quimioterapia.

SENTIR: Establecer los sentimientos y actitudes de las familias frente al cuidado que le ofrecen a su familiar con cáncer de mama en fase terminal en su hogar.

HACER: Identificar como las familias de pacientes con cáncer de mama en fase terminal le realizan el cuidado en sus hogares.

Luego de esta clasificación se analizaron las respuestas estableciéndose sus fortalezas y debilidades de los cuidadores en cada una de las categorías.

Posteriormente de haber recolectado toda la información, se realizo un instrumento para evaluar el manual para los cuidadores de los familiares con cáncer de mama (Anexo A); el cual se le aplico a 3 cuidadores de los 5 conformados en el grupo focal, ya que los 2 restantes no pudieron asistir.

6. RESULTADOS

6.1. GRUPO FOCAL:

En la Tabla 5 se presenta en consolidado de respuestas dadas por los cuidadores, y en la Tabla 6 se clasifican las respuestas según las categorías: Saber, Sentir y Hacer.

5). TABLA 5: Consolidado de las respuestas suministradas por los integrantes del grupo focal.

Entrevistada 1	Entrevistada 2	Entrevistada 3	Entrevistada 4	Entrevistada 5
1). El cuidado es dedicación total, brindar cariño, apoyo. Cuidar con gusto y demostrarlo, tener una comunicación con el medico, estar pendiente de la alimentación, el aseo diario. Levantar el animo al paciente. Ej.: cuando se administra la quimioterapia.	1). Cuidar es estar pendiente de la persona las 24 horas del día, de su alimentación, aseo, medicamentos y sentimientos que ella experimenta.	1). Estar pendiente de la persona siempre, no solo de la parte física sino de la parte espiritual que es la más importante en una persona en este estado.	1). Cuidar es brindar amor a la persona, teniendo en cuenta sus necesidades diarias, escucharlo y satisfacer sus necesidades. Para esto es muy importante tener comunicación con el medico y todo el circulo familiar.	1). Cuidar es estar pendiente de ellos las 24 horas.
2). Dedicada de tiempo completo a ella, duermo en la misma habitación. Se le lleva el desayuno a la cama, la saco mucho a pasear porque si la dejo en la casa se enferma.	2). Proporcionándole alimentos nutritivos y del agrado de ella, dándole gusto en sus deseos y necesidades.	2). Además de brindarle una buena alimentación, Dejándola realizar las actividades que a ella mas le gustaban.	2). Acompañándola en todas sus actividades diarias y satisfaciéndole sus necesidades básicas y consintiéndola.	2). Estando pendiente de ella, yo le doy muchas vitaminas y le brindo mucho amor yo la mimo.

3). Es una enfermedad generalizada y ataca e invade a todos los órganos, es algo muy agresivo.	3). Es un carcinoma, un animalito que va carcomiendo una parte del cuerpo.	3). Es un crecimiento celular en forma desordenada.	3). Es una enfermedad en la cual se reproducen células malas y se dispersan a otros órganos	3). Es una enfermedad muy grave que acaba con la persona y la deteriora física y mentalmente.
4). Hay que estar pendiente de todo lo que necesiten en general.	4). Ella siempre a sido muy independiente para realizar sus actividades, en caso de que necesite ayuda ella me la pide y yo se la brindo	4). En general se satisfacían sus necesidades, tratándole de dar cierto grado de independencia.	4). Estar pendiente de sus necesidades como de su baño, alimentación, y comodidad	4). Siempre he tenido en cuenta estos aspectos para su cuidado y ella no ha presentado inconvenientes en cuanto a esto.
5). Ella tuvo una bajada de animo muy grande cuando se le cayo el pelo. Se le ocultan cosas a la mama con el fin de no hacerla sufrir.	5). Ella nunca estuvo triste, siempre tuvo un grado de aceptación muy bueno.	5). Para ella fue muy difícil porque le hicieron la mastectomía, sin embargo tuvo un grado de aceptación muy grande. Cuando se le cayo el cabello por la quimioterapia sufrió mucho, pero gracias al apoyo de la familia fueron mas los momentos de fortalezas que los de decaimiento.	5). Ella siempre estuvo muy bien nunca se mostró decaída o triste al contrario siempre estuvo alegre.	5). Nunca ha estado deprimida desde que le diagnosticaron la enfermedad.
6). Somos muy creyentes y lo primero que hacemos es encomendarnos a dios para que la proteja, todos los días se reza el rosario.	6). Acompañarla rezando todos los días el rosario, ella va a misa todos los domingos.	6). Ella siempre fue muy creyente se refugio en la lectura espiritual y esto le ayudaba a ser muy fuerte.	6). Ella rezaba el rosario, siempre le respetaron sus imágenes y objetos religiosas.	6). Ella va a misa, reza el rosario y en la televisión hay un canal religiosa y lo mira todos los días.

7). Leer, preguntar, ver programas donde hablen del Cáncer, y con la experiencia ajena.	7). A través de la lectura y porque ya conocía de otras experiencias. Con las recomendaciones del medico también aprendió.	7). Con la información del medico han adquirido todos los conocimientos para brindar un cuidado especial a su familiar.	7). Estudiando sobre el cáncer y leyendo artículos, contacto con individuos que han tenido la experiencias de cuidar personas con cáncer.	7). Ya había tenido la experiencia de cuidar un familiar con cáncer.
8). Con dedicación y mucha responsabilidad, aunque le ha sido muy difícil, porque ha tenido que dejar a un lado muchas cosas.	8). Es una responsabilidad muy grande porque cuidar a una persona enferma es muy difícil.	8). Con mucha responsabilidad y amor.	8). Renuncio al trabajo y asumí el papel de cuidador con responsabilidad, aunque en ocasiones se ha sentido cansada y desgastada.	8). Con mucha responsabilidad y dedicación.
9). Escrito.	9). Escrito.	9). Escrito y audiovisual	9). Escrito y audiovisual	9). Audiovisual.
10). Por todos los medios de comunicación y el contacto con el doctor León Darío.	10). La prensa, las revistas, los libros y el contacto con el doctor León Darío.	10). La prensa, las revistas, los libros y el contacto con el doctor León Darío.	10). La prensa, las revistas, los libros y el contacto con el doctor León Darío.	10). La radio y la televisión (DR. Rojas) y el contacto con el doctor León Darío.
11). En un folletito o manual.	11). De manera didáctica y que llegue, como un manual.	11). Que sea fácil de entender y de practicar, a mi me serviría un manual o un casetes.	11). A mi también me gustaría un manual, además se podría complementar con el casetes	11). Que no quite tiempo como un casetes que mientras haga el oficio lo pueda escuchar.

6). TABLA 6: Clasificación de las respuestas suministradas por los integrantes del grupo focal en las categorías de análisis.

SABER	SENTIR	HACER
<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado es estar pendiente de la persona las 24 horas del día, es dedicación total, brindar cariño, apoyo; cuidar con gusto y demostrarlo, tener una comunicación con el medico y todo el circulo familiar., estar pendiente de la alimentación, el aseo diario, no solo teniendo en cuenta la parte física sino también la parte espiritual. • El cáncer es un crecimiento celular en forma desordenada que se dispersan a otros órganos y los ataca de forma agresiva. Es una enfermedad muy grave que acaba con la persona y la deteriora física y mentalmente. • Los conocimientos que poseen sobre el cáncer son obtenidos por medio de: <ul style="list-style-type: none"> • La lectura, preguntas sobre el tema a personas con conocimiento científico (Dr. León Darío), programas donde hablen del Cáncer, contacto con individuos que han tenido la experiencias de cuidar personas con cáncer, y experiencias propias. • Los conocimientos que poseen sobre temas de salud son obtenidos por los distintos medios de comunicación: Oral, audiovisual, escrito • En sus hogares el medio de información que más utilizan para estar en contacto la mayor parte del tiempo son: radio, televisión, prensa y revista. • Al grupo focal le gustaría se le entregara la información 	<ul style="list-style-type: none"> • Asumiendo el papel de cuidador se han sentido con mucha responsabilidad, aunque les ha sido muy difícil, porque han tenido que dejar a un lado muchas cosas de su vida personal y en ocasiones se han sentido cansadas y desgastadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado que se le brinda a las personas con cáncer de mama es por medio de dedicación de tiempo completo a ellas, compartiendo todo lo posible. Llevándola a pasear Proporcionándole alimentación adecuada y del agrado de ella, dándole gusto en sus deseos y necesidades. Además Dejándola realizar las actividades que a ellas mas le gusta. Brindándoles compañía en todas sus actividades diarias, satisfaciéndole sus necesidades básicas y proporcionándoles afecto. • La parte espiritual la manejan prudentemente; se le ocultan cosas con el fin de no hacerlas sufrir. Cuando se les cayo el cabello por la quimioterapia sufrieron mucho, pero gracias al apoyo de sus familia lo superaron; Aunque algunas nunca estuvieron tristes pues tuvieron un grado de aceptación adecuado. • En cuanto a las necesidades de carácter espiritual todas las familias son muy creyentes, todos los días rezan el rosario, va a misa todos los domingos o la escuchan por televisión, se refugian en la lectura de la Biblia. siempre le respetan sus objetos religiosas.

concreta sobre el tema por medio de un manual practico y un cassette.		
---	--	--

6.2. ELABORACION DEL MANUAL

El manual practico para cuidado en casa, abarca todos los aspectos físicos, biológicos, emocionales y espirituales que se deben tener en cuenta para brindar cuidado a una persona con cáncer; el lenguaje utilizado es claro, sencillo y de fácil comprensión para los cuidadores. Su contenido principal quiere dar a conocer las necesidades básicas de cada individuo como los son: alimentación, eliminación, descanso y sexualidad, que si se tienen en cuenta a la hora de brindar un cuidado integral al enfermo, se estará proporcionando un bienestar físico, emocional mejorando la calidad de vida y de muerte.

6.3. EVALUACION DEL MANUAL

Al revisar el instrumento de medida para evaluar el manual para los cuidadores de familiares con cáncer de mama, se observo: Que de los 3 cuidadores a los que se le aplico el instrumento respondieron que el manual tenia una presentación, un tamaño de letra y material grafico muy bueno, a excepción de un cuidador que respondió que este ultimo era medianamente bueno. El total de los familiares respondieron que el manual era lo suficientemente claro y que abarcaba todos los temas relacionados con el cuidado del enfermo y que se adecuaba a sus necesidades.

El total de las personas encuestadas dieron como respuesta que con la utilización del manual podrían mejorar el bienestar físico y emocional a su pariente y que contemplaba todos los aspectos básicos para brindar el cuidado. Las observaciones suministradas por los cuidadores sobre el material educativo fueron las siguientes:

- El manual se le debería brindar a todas las personas que padezcan cáncer de mama y a sus cuidadores.
- El contenido del manual abarca todos los aspectos básicos que se deben tener en cuenta para el cuidado de la persona con cáncer.
- El manual presenta temas de interés, es de fácil comprensión para el cuidador y sirve como herramienta para otros posibles cuidadores.

7. CONCLUSIONES

- Es evidente la imperiosa necesidad que existe, de enseñar a los cuidadores de pacientes oncológicos y sus familias, todo lo pertinente a la atención que se debe brindar en su domicilio, teniendo en cuenta cada una de las necesidades que experimentan y de acuerdo a los conocimientos que posee cada uno de ellos.
- Las estrategias comunicacionales son herramientas que sirven como apoyo para la prestación adecuada de los cuidados por parte de sus cuidadores.
- Si bien es cierto, que quienes deben liderar la prestación del cuidado paliativo al paciente con cáncer de mama en fase terminal son los profesionales de enfermería, por sus condiciones de cuidador, de líder y por tener la capacidad de conducir grupos interdisciplinarios que se requieren en este caso; no es posible que estos se desempeñen en esta área debido a los altos costos que esto implicaría; viéndose así la necesidad de instruir a las familias para tal fin.
- Los conocimientos y creencias de los cuidadores estas ligadas a su nivel cultural, ya que algunos de ellos al proporcionar cuidado a su familiar se apoyan en la medicina natural y medidas alternativas.
- Los cuidadores manifiestan el deseo de aprender mas acerca del cuidado que se le debe brindar a las personas con cáncer de mama, por medio de estrategias comunicacionales como: Folletos educativos, videos y cassette.
- Al realizar la evaluación del manual, se observo un alto grado de satisfacción por parte de los cuidadores; ya que manifestaron que este es una herramienta guía para brindar cuidado siendo de fácil comprensión para ellos y proporcionándole conocimientos sólidos sobre el cáncer y el manejo que se le debe dar al paciente cuando se padece esta patología.

8. RECOMENDACIONES

- Asegurar la continuidad y posterior aplicación de las diferentes estrategias, utilizadas para el adecuado cuidado domiciliario, por parte de posteriores grupos de investigación en de la Universidad Libre.
- Establecer mecanismos educativos en los programas de promoción y prevención tendientes a desmitificar el cáncer como enfermedad mortal, ruinosa y catastrófica, indicando que debe prevalecer la mentalidad preventiva sobre la curativa, asumiendo factores protectores y controlando factores de riesgo que predisponen al cáncer.
- Dadas las altas tasas de mortalidad que se presentan en nuestro departamento, causadas por cáncer diagnosticados en estadios avanzados, es de esperar que un numero mayor de pacientes requieran de cuidados paliativos adecuados; lo cual hace necesario que se implementen programas de promoción del cuidado paliativo, dirigido especialmente a los profesionales de enfermería.
- Es importante que el manual no solamente sea conocido por los cuidadores de los grupos focales, sino que sea distribuido a diferentes personas que tengan cáncer de mama en fase terminal.
- Las otras estrategias comunicacionales que quieren los cuidadores como: cassette y videos, deberían ser trabajadas por otros grupos de investigación; con el fin de que se realice un trabajo completo y satisfactorio para los cuidadores.
- Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo se recomienda elaborar manuales similares para cuidadores de pacientes que padezcan otros tipos de cancer.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Registro central de cáncer quinquenio 1993 / 1997. Registro transicional poblacional de cáncer de 1998. Pagina 13.
- Judge, Richard D., Zuiderno, George D. Examen clínico, Enfoque fisiológico. Editorial Ateneo. Buenos Aires.
- Instituto nacional de cancerología. Guía de practica clínica en enfermedades neoplásicas. Segunda Edición. Marzo de 2001.
- Dr. Guarrera M., Dr. Cuidados Paliativos. (Sitio en Internet) Disponible en www.google.com . Acceso 17 mayo de 2002.
- Control de síntomas del enfermo con cáncer terminal. (Sitio en Internet) Disponible en www.gobcan.com . Acceso 8 mayo de 2002.
- Derecho a morir dignamente. (Sitio en Internet) Disponible en www.ocenf.org . Acceso 8 Mayo de 2002.
- Cuidados paliativos en pacientes terminales. (Sitio en Internet) Disponible en www.google.com . Acceso 8 mayo de 2002.
- Escuela nacional de sanidad. Desarrollo de habilidades para la atención integral. (Sitio en Internet) Disponible en www.google.com . Acceso 13 mayo de 2002.
- Caimi, Leonard. Manual de urgencias médico – quirúrgicas, Hospital. Dr. Gustavo Fricke. Editorial Mediterráneo. Pagina 15.
- CaHill M. M.B. Rose. Signos y síntomas. Interamericana McGraw – Hill. Paginas 55, 56 y 57.
- Océano / Mosby. Diccionario de Medicina.
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Interamericana McGraw – Hill. Vol. I y II.
- Álvarez H. Aurelia Álvarez H. Investigación Epidemiológica. Eloee Ediciones.

- Instituto Nacional de Cancerología. Guía de Practica Clínica en Enfermedades Neoplásicas. 2ª Edición. Marzo de 2001.
- Revista de Seguridad al Día Nueva Era. Paginas 13 a la 18.
- Papel de la Enfermería en el Enfermo Terminal. Paginas 1162 – 1171.
- Rodríguez R. Morales J. Encinas J. Trujillo Z. D´hyver C. Geriatria. Interamericana McGraw – Hill. Año 2000. Paginas 286 – 287.
- Luckmann Saunders. Cuidados de Enfermería. Volumen I y II. Interamericana McGraw – Hill.
- Océano / Centrum. Manual de Enfermería.
- Otto E. Shirly. Enfermería Oncológica. 3a Edición. Editorial Mosloy. Paginas 689 – 813 – 886.
- Brunner y Suddarth. Enfermería Medico – quirúrgica. Vol. I y II. 8a Edición. Interamericana McGraw – Hill. Paginas 235 – 299.
- Harcourt B. Tucker Canobbio. Paquete Wells Normas de Cuidados del Paciente. Guía de Planificación de la Practica Asistencial. 6ª Edición. Pagina 69.
- Anuario de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Vol. 29 # 4. Diciembre de 1998. Pagina 127.
- Revista Colombiana de Cancerología. Publicaciones Científicas del Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 5 # 2. Agosto de 2001. Pagina 169.
- Bejarano P. Jaramillo I. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Pagina 380.
- McBryde – Blacklow. Signos y Síntomas. Fisiopatología Aplicada e Interpretación Clínica. 5ª Edición.
- Izasa Carlos A. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. 3ª Edición.
- Nursing 94. Edición Española. Vol. 12 # 10. Diciembre 1994.
- Rodríguez R. Morales J. Encinas J. Trujillo C. D´hyver Geriatria. Interamericana McGraw – Hill.

- Nursing Photobook. Doyma Cuidados Geriátricos en Enfermería.
- Actualizaciones en Enfermería. Vol. 4 # 2. Junio 2001. SIN 0123 – 5583. Fundación Santa fe de Bogotá.
- Dossier – Du Gas. Tratado de Enfermería Practica. 2ª Edición. Interamericana McGraw – Hill.
- Kaschak Diane. Newman Diana A. Smith Jakovac. Mosby / Doyma Libros.
- Reeves Rouk, Luckhart. Enfermería Medico – quirúrgica. Interamericana McGraw – Hill.
- Marie Francoise Colliere. Promover La Vida. Interamericana McGraw – Hill.
- Castrillón, Maria Consuelo. La Dimensión Social de la Practica de la Enfermería. Universidad de Antioquia. Yuluka / Enfermería.
- Thomson, Joyce Beebe. Thomson, Henry O. Ética en Enfermería. Editorias Manual Moderno S.A. de C.V.
- Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogota. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. El Arte y La Ciencia del Cuidado.
- Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Dimensiones del Cuidado.
- Ley 266 de 1996 (Enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC – Seccional Cundinamarca.
- Ética de Enfermería Balderas. Interamericana McGraw – Hill. Paginas 2, 3, 23, 24, y 25.
- Gallego C. Ética y Valores.
- Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional. Pagina 90.
- Garzón Días, Fabio Alberto. Bioética Manual Interactivo. Colección Bioética. 3ª Edición. Paginas 201 – 250.

- Current Therapy In Cancer. Secound Edition. Foley, Vose, Armitage. N.B. Saunders Company.
- Emir Álvarez, Gindiol. Teterina Gómez, Armando. Mastología Dinámica. Ediciones Díaz de Santis S.A. 1995. Juan Bravo, 3a 28006 Madrid España.
- La Mama. MANEJO Multidisciplinario de Las Enfermedades Benignas y Malignas. Bland / Coperland III. Editorial Medica Panamericana.
- Revista colombiana de Cancerológica. Publicaciones científica del instituto Nacional de Cancerología. Volumen 5 # 2. Agosto de 2001. Paginas 169.
- Anuario de Psicología. Facultad De Psicología Universidad De Barcelona. Volumen 29 # 4. Diciembre de 1998. Paginas 127 (35-56).
- Registro Central de Cáncer Quinquenio 1993/1997. Registro Transicional poblacional de Cáncer de 1998. Pagina 13.
- Bejarano P. Jaramillo I. Fundamentos del cuidado paliativo, PAGINAS 380.
- Harcourt B. Tucker. Canobbio. Paquete Wells. Normas De Cuidados Del Paciente. Guía De Planificación De La Practica Asistencial Sexta Edición. Pagina 69.
- Control De Síntomas del Enfermo Con Cáncer Terminal. (Sitio en Internet) Disponible en www.gobcan.es . Acceso 8 de mayo del 2002.
- Enfermería Actualidad. Derecho A Morir Dignamente. (Sitio en Internet) Disponible en www.ocenf.org . Acceso 8 de mayo del 2002.
- Cuidado Paliativos en Paciente Terminal. (Sitio en Internet) Disponible en www.google.com . Acceso 8 de Mayo del 2002.
- Desarrollo De Habilidades Para La Atención Integral ENS (Escuela Nacional De Sanidad). (Sitio en Internet) Disponible en www.google.com . Acceso 13 de Mayo del 2002.
- Cuidados Paliativos. Dr. Guerrero M. Dr. Dasnino J. (Sitio en Internet) Disponible en www.google.com . Acceso 17 de mayo del 2002.
- Rodríguez R. Morales J. Encinas J. Trujillo Z. D`hyver C. Geriatria. Interamericana McGraw – Hill. Año 2000. Paginas 286-287.

- Otto S. Enfermería En Oncológica Tercera Edición. Harcourt Bracee. 1996. Paginas 689 – 813 – 886.
- Instituto Nacional De Cancerología. Guía De Practica Clínica En Enfermedades Neoplásicas. Segunda Edición. Marzo del 2001.
- Shirly E Otto. Enfermería Oncológica. Editorial Morby. Tercera Edición. Pagina 689 – 813.
- Papel De La Enfermería En El Enfermo Terminal. Pagina 1162 – 1171.
- Revista de Seguridad Social al Día nueva Era. Pagina 13 – 18.
- Saunders – Luckmann. Cuidados de Enfermería Vol. I y II. Interamericana McGraw – Hill.
- Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica Vol. I y II Octava Edición. Interamericana McGraw – Hill. PAGINA 235-299.
- Richard D. Judge, George D. Zuidema. Examen Clínico Enfoque Fisiológico, Editorial “Ateneo” Buenos Aires.
- Caimi Leonardo, Manual de urgencias medicoquirúrgicas, hospital, doctor Gustavo Fricke. Editor Mediterráneo. Pagina 15.
- Cahill M. M. B. Rose, signos y síntomas. Interamericana McGraw – Hill. Pagina 55-56-57.
- Océano Mosby, diccionario de medicina.
- Harrison Principios De Medicina Interna. Interamericana McGraw – Hill.14ª Edición Vol. I y II.
- Álvarez H. Aurelia Álvarez. Investigación Epidemiológica. Ecoe Ediciones.
- MacBryde – Blacklow. Signos Y Síntomas.
- Universidad industrial de Santander, Facultad de salud, Instituto PROINAPSA-UIS. Centro colaborador de la organización mundial de la salud en promocion de la salud y salud sexual y reproductiva. Encontrando Sentidos.

10. ANEXO A

INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL MANUAL PARA LOS CUIDADORES DE FAMILIARES CON CANCER DE MAMA

Sexo:

Edad:

Califique en una escala de 1 a 4 así:

1. Nada
2. Poco
3. Medianamente
4. Mucho.

1. El manual es adecuado en:

Presentación

1	2	3	4

Tamaño de la letra

1	2	3	4

Material grafico

1	2	3	4

2. El manual es claro para usted?

1	2	3	4

3. El manual abarca todos los temas relacionados con el cuidado a su pariente?

1	2	3	4

4. Este manual se adecua a sus necesidades?

1	2	3	4

5. Utilizando este manual podría mejorar el bienestar físico y emocional de su pariente?

1	2	3	4

6. El manual contempla todos los aspectos básicos para brindar el cuidado a su pariente?

1	2	3	4

OBSERVACIONES:-----
