

Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados  
(Universidad de Alicante)

# AMABILIDAD, CONFORT Y ESPIRITUALIDAD EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: APORTE PARA LA HUMANIZACIÓN EN SALUD

FRIENDLINESS, COMFORT AND SPIRITUALITY IN ONCOLOGICAL  
PALLIATIVE CARE: CONTRIBUTION TO HUMANIZATION IN HEALTH

SIMPATIA, CONFORTO E ESPIRITUALIDADE NOS CUIDADOS PALIATIVOS

ONCOLÓGICOS: CONTRIBUIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

*María Teresa Vega Ayasta<sup>1</sup>, Rosa Jeuna Díaz Manchay<sup>2</sup>, Mirtha Flor Cervera Vallejos<sup>3</sup>, Lisseth Dolores Rodríguez Cruz<sup>4</sup>, Sonia Tejada Muñoz<sup>5</sup>, Soledad Elizabeth Guerrero Quiroz<sup>6</sup>*

1Licenciado en enfermería. Clínica del Riñón- Chiclayo, Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1251-8478>

Correo: marytev16@gmail.com

2 Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en salud familiar y comunitaria. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

Correo: rdiaz@usat.edu.pe

3 Doctor en ciencias de enfermería. Especialista en nefrología. Docente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

Correo: mcervera@usat.edu.pe

4 Doctoranda en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Navarra-España. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo, Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1742-9498>

Correo: lrodriguez@usat.edu.pe

Recibido: 02/12/2019

Aceptado: 12/03/2010

## Para citar este artículo:

Vega-Ayasta, M. T., Díaz-Manchay, R. J., Cervera-Vallejos M. F., Rodríguez-Cruz, L. D., Tejada-Muñoz, S., Guerrero-Quiroz, S. E. (2020). Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.05>

## ABSTRACT

**Introduction.** For terminally ill cancer patients, it is essential to feel welcome, comfortable, and receive spiritual support during hospitalization. **Objective.** Describe the kindness, comfort measures and support provided spiritual care to the terminally ill cancer patients as perceived by nurses and family caregivers in a hospital in Chiclayo, Peru. **Methods:** Qualitative descriptive research, the convenience sample and the sample so formed 06 nurses and 06 family caregivers of cancer patients at terminal stage, obtained by the technique of saturation and redundancy. To collect data was used to guide semistructured interview validated by expert judgment and pilot, which was recorded prior informed consent. Data were processed manually by thematic content analysis. **Results.** a) The friendliness of the nurse-patient, b) Measures of comfort for satisfying basic needs, c) Spiritual support for the relief of suffering. **Conclusions.** Humanization in caring for cancer patients starts with the kindness that refers to the greeting, respect and therapeutic touch, even at a time when nurses perform comfort measures to relieve pain and satisfaction of basic needs the collaboration of the accompanying family; certainly the spiritual support, expressed in promoting faith rescues hope, prayer, respecting the religious beliefs and practices. Cancer is likely to generate higher sensitivity and compassion in health personnel.

**KEY WORDS:** Nursing; palliative care; cancer; comfort; spirituality; qualitative research



Correspondencia: Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Av. San Josemaría Escrivá de Balaguer N° 855, CP: 14001. Chiclayo, Lambayeque, Perú.  
Correo electrónico de contacto: rdiaz@usat.edu.pe

## RESUMEN

Introducción. Para los pacientes oncológicos en fase terminal, es fundamental sentirse acogidos, cómodos, y recibir apoyo espiritual durante su hospitalización. Objetivo: Describir la amabilidad, las medidas de confort y el apoyo espiritual que se brinda en el cuidado al paciente oncológico en fase terminal según la percepción de enfermeras y familiares cuidadores en un hospital de Chiclayo-Perú. Método. Investigación cualitativa descriptiva, el muestreo fue por conveniencia y la muestra lo conformó 06 enfermeras y 06 familiares cuidadores de pacientes oncológicos en fase terminal, obtenidos por la técnica de saturación y redundancia. Para recolectar los datos se usó guía de entrevista semiestructurada validado por juicio de expertos y prueba piloto, la cual fue grabada previo consentimiento informado. Los datos fueron procesados de manera manual mediante el análisis de contenido temático. Resultados. a) La amabilidad en la relación enfermera-paciente, b) Medidas de confort para satisfacción de necesidades básicas, c) Apoyo espiritual para el alivio del sufrimiento. Conclusiones. Existe humanización en el cuidado a pacientes oncológicos, se inicia con la amabilidad que se refiere al saludo, el respeto y el toque terapéutico, aun en momentos en que las enfermeras realizan las medidas de confort para aliviar el dolor y la satisfacción de las necesidades básicas con la colaboración del familiar acompañante; sin duda se rescata el apoyo espiritual, que se expresa en el fomento de la fe, la esperanza, la oración, respetando las creencias y prácticas religiosas. Es probable que el cáncer genere mayor sensibilidad y compasión en el personal de salud.

---

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería; cuidados paliativos; cáncer; confort; espiritualidad; investigación cualitativa

---

## RESUMO

Introdução. Para pacientes com câncer em estado terminal, é essencial para se sentir bem-vindo, confortável, e receber apoio espiritual durante a hospitalização. Objetivo. Descreva a bondade, medidas de conforto e apoio prestado assistência espiritual aos pacientes com câncer em estado terminal, como percebido pelos enfermeiros e cuidadores familiares em um hospital em Chiclayo, Peru. Método. Pesquisa qualitativa descritiva, a amostra de conveniência e a amostra assim formado 06 enfermeiras e 06 cuidadores familiares de doentes com cancro na fase terminal, obtidos pela técnica de saturação e redundância. Para coleta de dados foi usado para guiar entrevista semi-estruturada validada pelo julgamento e perito piloto, que foi gravado consentimento prévio. Os dados foram processados manualmente por meio de análise de conteúdo temática. Resultados. a) A simpatia das Medidas de enfermeiro-paciente, b) de conforto para satisfazer as necessidades básicas, c) apoio espiritual para o alívio do sofrimento. Conclusões. Humanização no atendimento de pacientes com câncer começa com a bondade que se refere ao cumprimento, respeito e toque terapêutico, mesmo num momento em que os enfermeiros executar medidas de conforto para aliviar a dor e satisfação das necessidades básicas a colaboração da família de acompanhamento; certamente o apoio espiritual, expressa na promoção resgata esperança fé, oração, respeitando as crenças e práticas religiosas. O câncer é susceptível de gerar maior sensibilidade e compaixão em pessoal de saúde.

---

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; cuidados paliativos; câncer; conforto; espiritualidade; pesquisa qualitativa

---

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en el 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones; cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos (WHO, 2018). En el Perú, durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2016, se registró 9805 casos de cáncer; de los cuales, 5474 correspondieron a casos nuevos (55,8%) (MINSA, 2017). A pesar de las medidas preventivas, el cáncer sigue invadiendo a los más pobres, con carencias evidentes de unidades especializadas para el tratamiento, o para brindar cuidados paliativos a los enfermos con cáncer avanzado, que logren aliviar y/o atenuar los problemas físicos, psicosociales, espirituales, como también su calidad de vida (WHO, 2018).

En este contexto, las necesidades de la fragilidad humana, representa un gran desafío para los profesionales de enfermería que tratan directamente con pacientes oncológicos sin posibilidad terapéutica de curación; y necesitan estar entrenados para brindar una asistencia humanizada (Santos, 2015), con expresiones de amabilidad, detalles en las medidas de confort y especialmente, la trascendencia del apoyo espiritual.

La experiencia del sufrimiento en pacientes oncológicos en fase terminal tiene mucho de misterio, pues emergen preguntas de carácter espiritual, existe una sensación de profunda soledad ante la falta de alteridad con el otro, la escasa interrelación con sus familiares y con el personal de salud (ACCP, 2012).

Con lo cual, dichas necesidades tienen relación principalmente con las necesidades de sentido y propósito en la vida tales como: amor, compañía, apoyo, deseo de comunicarse, tacto, ser respetado y comprendido, encontrarse en un ambiente confortable, practicar la religión, las creencias y la fe y la necesidad de mantener la paz interior y la esperanza, entre otros (López, 2018). Nadie mejor que el profesional de enfermería para conocer a los pacientes que sufren de enfermedades graves, con sufrimiento y dolor por la inevitable finitud de la vida, son seres de extrema vulnerabilidad y necesitan de cuidado especial (Waldow, 2014). Cuando una persona tiene cáncer, se suscitan acontecimientos más negativos que positivos, no acepta la enfermedad al asociarla con sufrimiento, dolor y muerte. Por ello, cuidar a un paciente oncológico en fase terminal, es cuidar a una persona única, llena de particularidades, y comprende la capacidad de ser receptores de los sentimientos de paciente y su familia con entrenamiento comunicacional antropológico y ético, para saber identificar situaciones de quienes necesitan de una ayuda más allá de solo administrar medicamentos y tratamientos.

Conviene reflexionar, que, aun contando con toda la tecnología y técnicas de última generación, estas jamás emitirán afectividad, empatía y compasión; siendo importante el contacto físico como abrazar, apretar la mano y acoger al otro amorosamente y sobre todo considerar la dimensión espiritual (Díaz & Bustamante, 2011), porque provee apoyo anímico, fundamental para los pacientes que se acercan al final de la vida (Broadhurst & Harrington, 2015); estos aspectos pueden contribuir a humanizar la atención en salud.

El presente estudio se desarrolló en un hospital de la ciudad de Chiclayo, Perú, en el servicio de oncología donde se atiende a niños y adultos; sin contar con una unidad específica de cuidados paliativos. En su mayoría los pacientes se encuentran en fase terminal y permanecen acompañados de un familiar.

Objetivo: Describir la amabilidad, las medidas de confort y el apoyo espiritual que se brinda en el cuidado al paciente oncológico en fase terminal según la percepción de enfermeras y familiares cuidadores en un hospital de Chiclayo - Perú.

## METODOLOGÍA

**Participantes:** Estudio cualitativo descriptivo. Los datos se recolectaron a través de la entrevista semiestructurada. El muestreo fue por conveniencia, y en la muestra hubo doce participantes determinada por la técnica de saturación y redundancia; es decir cuando las consecutivas entrevistas no proporcionaron información o datos nuevos; conformada por seis enfermeras que laboran en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – EsSalud, Chiclayo, Perú, único hospital que tiene este servicio y brinda cuidados paliativos; con promedio de 40 años de edad y un mínimo de 5 años de experiencia laboral en este servicio, aquí solo trabaja personal de enfermería de sexo femenino. Para triangular y contrastar la información, se entrevistó a seis familiares acompañantes de los pacientes oncológicos en fase terminal, de sexo femeninos y 30 años de edad en promedio, que permanecían todo el día en el hospital.

**Instrumentos:** Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada (Grove, Gray & Burns, 2016), la cual fue elaborada por las investigadoras, validada por 03 juicios de expertos y, se aplicaron entrevistas previas con el fin de que las preguntas de la guía de entrevista sean comprensibles para las informantes del estudio. Todas las entrevistas se grabaron previo consentimiento de las enfermeras y los familiares, las cuales fueron inmediatamente transcritas.

Las entrevistas rescataron la reflexión de enfermeras y familiares en relación a tres ejes temáticos: la amabilidad, las medidas de confort, y el apoyo espiritual, aspectos necesarios para brindar y percibir un cuidado humanizado.

**Procedimiento:** Obtenida la aprobación del protocolo de estudio por el comité de Ética de la institución de salud, se procedió a ubicar a los participantes y según su disponibilidad se realizó las entrevistas previa firma del consentimiento informado. Cabe aclarar que las investigadoras no trabajan en este servicio, y como estrategia para entrevistar a las enfermeras, la primera autora, realizó algunos turnos de apoyo junto a las enfermeras, para que al finalizar el turno laboral se consiguiera efectivizar la entrevista; con los familiares acompañantes no hubo mayor dificultad, ellos participaron voluntariamente; en ambos casos las entrevistas se recolectaron en el horario de la tarde. Nadie se negó a participar.

Cada entrevista duró aproximadamente 25 minutos. Se garantizó la confidencialidad de la información a través del uso de códigos (E1...E6, y F1...F6) que permita después identificar a enfermeras y familiares acompañantes dentro del estudio.

La investigación asumió los principios de la ética personalista (Agracia, 2015); los participantes del estudio no fueron sometidos a situaciones que les haya ocasionado ningún tipo de sufrimiento emocional, social o físico. Su identidad fue protegida y decidieron participar voluntariamente en este estudio. Los criterios de rigor científico considerados fueron: La credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Do Prado, De Souza, Monticelli, Cometto & Gómez, 2013). La investigación estuvo validada mediante datos reales y verdaderos, teniendo en cuenta una revisión minuciosa de las transcripciones de las entrevistas de los participantes, para ello la investigadora principal retorno al escenario del estudio para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos específicos.

**Análisis de datos cualitativos:** Los datos se procesaron por análisis de contenido temático, en tres etapas (Do Prado, De Souza, Monticelli, Cometto & Gomez, 2013): a) Pre análisis: Se revisó los temas centrales de la investigación que fueron amabilidad, medidas de confort en la satisfacción de necesidades básicas, y el apoyo espiritual; en base a ello cada investigadora de manera individual hizo una lectura y relectura de cada entrevista tratando de identificar las ideas centrales relacionadas con dichos temas, basados en las

respuestas a cada pregunta de las entrevistas, la bibliografía previamente consultada, y la experiencia de las investigadoras. b) Codificación: Para codificar se reunieron las investigadoras y trabajaron una base de datos en Excel, identificando palabras, frases o párrafos con significación destacable con relación a cada tema de interés, cada entrevista y cada participante, valorando las similitudes y divergencias. Una vez codificadas las entrevistas, las unidades de análisis o citas laterales de las entrevistas, fueron agrupadas por similitud en cuanto a su significado sea convergente o divergente, estableciendo conexiones y relaciones entre las mismas.

c) La categorización: Se organizó en tablas, las categorías centrales, los códigos, y las citas literales de las entrevistas, en esta fase del proceso también participaron los investigadores. Finalmente, en el trabajo se eligieron los discursos más significativos expresados en las entrevistas de las enfermeras y de los familiares, pero que representan la comprensión de las categorías, posteriormente fueron analizados y discutidos con artículos científicos.

## RESULTADOS

### **A. La amabilidad en la relación enfermera-paciente oncológico**

La amabilidad en el cuidado de enfermería al paciente oncológico en fase terminal es fundamental para que en la hospitalización se mantenga un clima armónico y trato humanizado, como se confirma con algunos discursos significativos extraídos de las entrevistas de las enfermeras y familiares:

*“Brindamos cuidados con mucha amabilidad, amor y cariño, hay que saber comprender su ansiedad, sus temores y preguntas, tanto del paciente y de sus familiares” E2*

*“Desde el momento en que entramos a la habitación de paciente lo saludamos, le preguntamos: ¿cómo está, ¿cómo se siente, que necesitan?” E4*

*“Todo lo hacemos con el corazón, les aclaramos las dudas, les damos una palmadita, aunque a veces no hay tiempo para conversar, pero comprendemos su sufrimiento, y conversamos en los momentos que interactuamos como en la administración de medicamentos o control de signos vitales” E6*

Las enfermeras manifiestan que cuidan con “amabilidad, amor y cariño”, comprenden como se sienten los pacientes y familiares, por ello tratan en lo posible de ser cariñosas y respetuosas, lo declaran con un saludo atento, una palmadita, y además aclaran las dudas de pacientes y familiares.

*“Las enfermeras tratan con cariño a los pacientes, son amables y respetuosas, saludan, preguntan: ¿cómo han amanecido?, ¿Qué molestias ha tenido? F4*

*“También nos aclaran las dudas que tenemos, eso nos hace sentir bien, claro algunas están apuradas y ni saludan” F6*

Es gratificante que los familiares perciban que las enfermeras “tratan con amabilidad y respeto” a los pacientes y a los familiares; manifiestan que se sienten bien cuando los saludan, preguntan cómo están e incluso aclaran dudas; sin embargo, tanto las enfermeras y los familiares reconocen que existe poco personal en el servicio y varios pacientes que cuidar, por ello no disponen de mucho tiempo para conversar, pero en los momentos de interacción la mayoría de enfermeras lo hacen.

## **B. Medidas de confort para satisfacción de necesidades básicas**

En la hospitalización del paciente oncológico en fase terminal es necesario brindar medidas de confort que conlleven a satisfacer las necesidades básicas, administrar tratamiento farmacológico para alivio del dolor, cambio de posición, entre otros aspectos, como lo refieren a continuación:

*“brindamos confort administrándole sus medicamentos para evitar que tengan dolor, estamos pendientes de la higiene, alimentación, cambios de posición” E2*

*“controlamos sus funciones vitales, evitamos los ruidos que pueden incomodarlo...el familiar es quien apoya y nos avisa” E4*

*“valoramos escalas del dolor, posiciones antálgicas, administramos los tratamientos, pero es necesario conocer sobre terapia del dolor y cuidado paliativos” E5*

Las enfermeras manifiestan que es necesario que las enfermeras tengan conocimientos sobre cuidados paliativos y terapia de dolor. Al respecto los familiares manifiestan:

*“las enfermeras están pendientes que no tengan dolor, le toman la presión, lo nebulizan, ven que medicina les falta y le ponen sus medicamentos” F4*

*“sí se terminó el suero yo le aviso a la enfermera o cierro la llave, yo le doy de comer a mi paciente, lo llevo al baño, porque ellas están ocupadas” F6*

*“Si tiene dolor o fiebre, llamamos a la enfermera y le pone sus medicamentos” F1*

Las enfermeras y familiares reconocen que el dolor es el síntoma que más incómoda al paciente en fase terminal, por ello la enfermera valora constantemente el dolor, controla signos vitales y trata de evitar los ruidos externos a la habitación; mientras el familiar apoya observando, alertando a la enfermera y satisfaciendo básicamente las necesidades de higiene y alimentación.

## **C. Apoyo espiritual para el alivio del sufrimiento**

El paciente oncológico en fase terminal, es un ser vulnerable que sufre un dilema existencial la “inminente muerte”, y necesita fortalecer su fe y creencias religiosas, como lo manifiestan:

*“Brindamos apoyo espiritual, le preguntamos qué religión profesan, todos se aferran a Dios en el momento final de la enfermedad... le pedimos que ofrezcan su dolor a Dios” E1*

*“su fe les da fuerza... llamamos al sacerdote o al pastor cuando lo necesitan, a veces hasta rezamos con ellos...en su velador tienen biblias, rosarios, santos” E6*

*“Ellos se aferran a Dios y tenemos muchos pacientes que ya han estado a punto de morir y que de un momento a otro por su fe se han sanado” E2*

Enfermeras y familiares reconocen que el apoyo espiritual al paciente oncológico en fase terminal ayuda aliviar el sufrimiento, puesto que se aferran a Dios por su fe, y se promueve la oración, el respeto por las creencias religiosas, y según ello la enfermera actúa haciendo que participe un sacerdote o un pastor para los rituales al final de la vida.

*“Hay enfermeras que hacen oración y me gusta, porque oran con tanta fe y amor, que me siento reconfortada... Los médicos podrán decir muchas cosas por ejemplo a mi mamá le habían diagnosticado que en tres meses iba a fallecer, pero vive ya casi un año” F1*

*“Yo traigo mi biblia, mi virgencita de Guadalupe para que cuide a mi madre, tengo mucha fe y dejo todo en las manos de Dios, que se cumpla su santa voluntad” F4*

*“Las enfermeras nos dicen que tengamos fe y esperanza de que se mejore mi mamá, la fe mueve montañas. Pero es difícil, a veces le reclamo a Dios ¿por qué? Y después me arrepiento y le digo Señor quién soy yo para reclamarte, tú sufriste tanto por nosotros” F5*

Los familiares reconocen la importancia de la fe y la esperanza, la oración y la práctica de sus creencias religiosas como cuidados reconfortantes en esos momentos tan difíciles que significa a veces aceptar la muerte de un familiar.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación reflejan que el personal de enfermería cuida con amabilidad a la persona que se muestra vulnerable ante la enfermedad de cáncer en fase terminal ya que fundamentalmente es sagrada y cuya dignidad humana implica preservarla. No cabe duda que el cáncer se ha vuelto tan común que de una u otra manera todos tenemos la experiencia de tener o haber tenido un familiar con cáncer, donde el misterio, la finitud y la eternidad se entrelazan y se presentan intempestivamente, por ello las enfermeras sienten la obligación humana y profesional de cuidar con empatía, amor y compasión, integrando el aspecto biológico, emocional, social y espiritual (Eriksson, 2018; Escobar y Cid, 2018), así como mantener la comunicación, la actitud amistosa y acogedora hacia estas personas, lo cual personalizará aún más la atención a los pacientes y cuidadores en este entorno, y se asocia con una mayor satisfacción de la atención del paciente y los cuidadores (Ortega, Ojeda & Ortiz, 2016; Delgado, 2014).

En este estudio, la actitud espontánea y generosa de la enfermera al brindar cuidado está insertada de amabilidad, incluida dentro de las virtudes morales de la enfermera, y que para los pacientes y familiares la distinguen como buena (Aristóteles, 2014), con evidencia de humanidad, articulada con el amor y la bondad, de quién se interesa y escucha, se acerca y toca, dejando huella o un vacío si se hace lo contrario (CIE, 2012). Un profesional tiene que ser amable para ser buen cuidador, pero la amabilidad no supone perder la propia autonomía, tampoco en concederle todo, sino en saber decir y estar con elegancia en cada entorno (Torralba, 2011).

En la persona enferma la necesidad de ser amado es patente, pues requiere de los cuidados, la atención y el respeto de sus semejantes para poder desarrollarse humanamente (Gil, Díaz & Cervera, 2015). En esta relación, la persona percibe las posibilidades de la otra como si fueran propias. La comunión del cuidado es lo que une, ata y da significado al cuidar (Eriksson, 2007). Además, en los pequeños detalles como el saludo, el carisma, el conversar, se encuentra la riqueza invaluablemente del buen trato a través de la relación interpersonal (Díaz, 2018).

Es así que las enfermeras y familiares del estudio perciben que cuidan con amabilidad, pues son atentas, practican normas de cortesía, y aunque existen limitantes como la falta de tiempo por inadecuada dotación de personal, sea en la ronda de enfermería al inicio del turno, o en el contacto directo cuando se realizan procedimientos.

Esto genera confianza, aunque los familiares reconocen que hay muy pocas enfermeras que son desatentas, no saludan, y esto les genera desconfianza. Estas apreciaciones encuentran coincidencias con estudios cualitativos, en uno de ellos los autores explican cómo los familiares perciben que las enfermeras son amables, los tratan bien, los llaman por su nombre, los saludan, les explican o aclaran dudas; sin embargo, reclaman más cariño, que no griten, y que comprendan que los pacientes oncológicos necesitan mucho afecto (Díaz & Bustamante, 2011).

En otra investigación encontraron que los familiares y los pacientes mayores reconocen que la mayoría de las enfermeras tienen sensibilidad, amor y buen trato; pero señalan que existe falta de cariño, relacionándolo con las expresiones de apatía en los rostros y reclaman más humanidad y sensibilidad (Baca & Ipanaque, 2017). Asimismo, algunos investigadores revelan que es innegable que en los servicios de hospitalización haya pacientes que perciben maltrato, malestar, incompreensión y reclaman ser atendidos con ternura, cariño, paciencia y amor (Arica, Díaz & Cervera, 2018).

Las tasaciones de los diferentes autores son muy parecidos a los hallazgos de esta investigación, donde se infiere que por la fragilidad que vive el paciente oncológico y su familia, están ávidos de amor, de afecto de comprensión, y que el personal de salud procura en la mayoría de veces satisfacer.

Otro aporte de este estudio radica en que la amabilidad se expresa cuando la enfermera asume el cuidado de la persona desde el inicio de la interacción mediante el saludo y el interrogatorio con la finalidad de saber su estado de salud y algunas inquietudes. Así, la enfermedad terminal siempre se considera un misterio en cada persona puesto que incrementa su vulnerabilidad. No obstante, algunas enfermeras reducen el cuidado a solo administrar tratamientos, minimizando el tiempo para el toque terapéutico, la aclaración de dudas, la escucha activa, y la cordialidad (Díaz & Bustamante, 2011).

Al respecto un estudio establece que uno de los desafíos que debe enfrentar la enfermera actualmente es saber direccionar su trato hacia una correcta comunicación e interrelación, retándose a sí misma el deber imperativo de saber proporcionar amor de donación hacia el enfermo y su familiar acompañante, pues el amor traspasa barreras y obstáculos al momento de realizar una correcta relación interpersonal (Gil, Díaz, Cervera, 2015). Eriksson (2018), sustenta que la esencia del cuidado se compendia como un espíritu de amor y compasión, un mensaje de atreverse a creer en las posibilidades del amor porque las personas que padecen cáncer son seres humanos cuya realidad encierra cuerpo, alma y espíritu; salud y sufrimiento.

Para ayudar a vivir más confortablemente y mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales y de sus familias, es necesario que el personal de salud perciba la salud como un hacer, ser y relacionarse con el sufrimiento (Díaz, 2018), también con inclusión de los cuidados paliativos los cuales permiten transitar el camino ante la presencia del dolor moderado a intenso que aqueja a más del 80% de los enfermos oncológicos en fase terminal (WHO, 2018). La enfermera y el familiar cuidador procuran brindar comodidad al paciente oncológico, aliviando el dolor a través de la administración de medicamentos y posiciones antálgicas, que ayudan a disminuir o liberar las zonas de presión; favoreciendo el descanso y sueño, velan por la alimentación, aunque esta necesidad es la que está más insatisfecha, pues las dietas a veces no son del gusto del paciente oncológico (Díaz, 2018).

Por su parte, el familiar cuidador colabora con el cuidado que brinda la enfermera en situaciones como la alimentación, higiene, cambios de posición, incluso vigilando la seguridad y el confort del paciente (Gil, Díaz & Cervera, 2015; Díaz, 2018; Arica, Díaz & Cervera, 2018). Estos aspectos son muy similares a los datos encontrados en el presente estudio.



El sufrimiento como parte de la experiencia humana universal, en cada persona es único, en profundidad es una forma de morir pues está íntimamente relacionada con la salud y la calidad de vida. Todas las personas no tienen la capacidad de sufrir, para que las personas reconozcan el porqué de su sufrimiento se les debe ayudar a recuperar la capacidad de sufrir con la finalidad de reconciliarse con éste, a través de otorgarle un sentido y un significado. La incapacidad de sufrir es quizás uno de los sufrimientos más grandes y crueles de todos; es decir la persona aun enferma puede ocultar su sufrimiento a los demás, o incluso así mismo (Broadhurst & Harrington, 2015; Eriksson, 2007).

Por ello, el sufrimiento del paciente oncológico encuentra sentido cuando sufre por algo o por alguien y cuando eleva ese sufrimiento al Absoluto. Y este sentido se fortalece mucho más cuando la enfermera se compadece que consiste precisamente en la capacidad de situarse en el padecimiento del otro (Eriksson, 2007; Torralba, 2011) lo ve y asume la responsabilidad de comprometerse con su sufrimiento convirtiendo su cuidado en una visión esperanzadora y llena de fe (Delgado, 2014). En este estudio la enfermera es motivadora de la fe, la esperanza, la oración, y favorece el respeto por los rituales o materiales con que los pacientes expresan sus creencias religiosas.

Así mismo, dentro del cuidado del paciente oncológico la dimensión espiritual representa la más noble, trascendente e importante de la persona, muchas veces convirtiéndose en el único alivio que necesita frente a una enfermedad o el abandono de sus familiares (Guerrero, Meneses & Rival, 2016). Por ello, la enfermera se preocupa por cuál es su religión y según ello actúa, favorece y respeta sus prácticas religiosas, reza con ellos a los santos de su devoción por el mismo y por sus familiares (Díaz, 2018).

En este sentido la persona en fase terminal, tiende a refugiarse en Dios, lo representa como el ser supremo creador del universo y que decide lo que sucederá con su vida/muerte, cree en la trascendencia, mientras otros se muestran temerosos y se arrepienten buscando la ayuda espiritual de un sacerdote o un pastor (Díaz & Bustamante, 2011). Al respecto, la enfermera podría trascender en su cuidado, haciendo que las personas mueran en paz con Dios porque conduce a enfermos y familia hacia Él (Gil, Díaz & Cervera, 2015) o no trascender en el mismo porque omiten el cuidado de la dimensión espiritual por falta de tiempo o recurso humano (Baca & Ipanaque, 2017).

El personal de enfermería tiene que tener competencias para brindar cuidado integral biopsicosocial y precisamente espiritual; que se tiene que construir desde el proceso formativo e ir fortaleciendo durante la transitoriedad de la vida ya que la espiritualidad es una fuente de vigor natural, una virtud que alienta, da fortaleza, paz al ser humano, y cuyos efectos alcanzan a otras personas. Asimismo, brinda esperanza, significado de vida y trascendencia (Arica, Díaz & Cervera, 2018).

Para lograr lo antes mencionado, cabe incorporar la tanatología y los cuidados paliativos en los planes curriculares y en procesos de formación continua (Pérez & Cibanal, 2019); siendo necesario que la amabilidad, las medidas de confort y la espiritualidad en la etapa final de la vida sean profundizados y valorados desde la formación de enfermería.

## CONCLUSIÓN

Los participantes del estudio perciben que existe humanización en el cuidado a los pacientes oncológicos, este se inicia con la amabilidad que se manifiesta con el saludo, el respeto, la empatía, aclaración de dudas y el toque terapéutico, aunque este sea en los momentos en que las enfermeras realizan las medidas de confort para aliviar el dolor de la persona con cáncer en fase terminal mediante la administración de medicamentos, o medidas no farmacológicas tales como posiciones antálgicas, distracciones, evitación de ruidos, así como satisfacer las necesidades de alimentación, higiene, descanso y sobre todo favorecer el acompañamiento del familiar cuidador, quien colabora en el cuidado hospitalario. Se rescata el apoyo espiritual, que se expresa en el fomento de la fe, la esperanza, la oración, respetando las creencias y prácticas religiosas.

El apoyo espiritual debe ser revalorado, ya que este alivia el sufrimiento del paciente y familia, pues ante enfermedades incurables les ayuda a encontrar sentido a la vida y afrontar con dignidad el final de la vida; por ello, se recomienda la creación de una unidad de cuidados paliativos tanto para niños y adultos.

### ***Conflicto de intereses***

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### ***Financiamiento***

Ninguno

## REFERENCIAS

- Arica, V., Díaz, R. & Cervera, M. (2018). *El cuidado de enfermería al adulto mayor hospitalizado: complementariedad, calor humano e interculturalidad*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Aristóteles. (2014). *Ética a Nicómaco*. Barcelona: Gredos.
- Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP). *Paliación y Cáncer*. Recuperado de: <http://bit.ly/2ZKAPFS>
- Baca, C. & Ipanaque, K. (2017). *Cuidado enfermero al adulto mayor hospitalizado basado en la teoría del cuidado caritativo: percepción del familiar cuidador y adulto mayor*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. [Consultado el 18 de Junio de 2018]. Recuperado de: <http://bit.ly/2WgWwuV>
- Broadhurst K. & Harrington A. (July, 2015). *A Thematic Literature Review: The Importance of Providing Spiritual Care for End-of-Life Patients Who Have Experienced Transcendence Phenomen*. *The American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 33(9), 881-893. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/1049909115595217>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (CIE). (2012). *Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera*. [Consultado el 12 de Enero de 2019]. Recuperado de: <http://bit.ly/2J3CnF0>.
- Delgado, M.O. (2014). *Spirituality and religiosity in supportive and palliative care*. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 8(3), 308-313. Recuperado de: doi: 10.1097/SPC.0000000000000079
- Díaz, R. (2018). *Ética de la hospitalidad en el cuidado a la persona con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante*. (Tesis de Maestría). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque - Perú.
- Díaz, R. & Bustamante, S. (2011). *Enfermería, familia y persona con cáncer terminal: Del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar*. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., & Gómez, P. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Eriksson, K. (2007). *The Theory of Caritative Caring: A Vision*. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 201–202. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/0894318407303434>
- Eriksson, K. (2018). *Teoría del cuidado caritativo*. En Raile M. Marriner A. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 9rd ed. Barcelona: Elsevier.
- Escobar, B. & Cid, P. (2018). *Nursing care and ethical issues surgen from the technological health advance*. *Acta bioeth*, 24(1), 39-46. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
- Gil, K., Díaz, R. & Cervera, M. (2015). *La Corporalidad en el Cuidado de Enfermería a la persona con Cáncer en Fase Terminal. Complementariedad: Enfermera-Familiar Acompañante*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú.
- Grove, S., Gray, J & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6rd ed. Barcelona: Elsevier.
- Guerrero, R., Meneses, M.E., De La Cruz, M. (2015). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*. Lima Callao. *Rev enferm Herediana*. 9(2):133-142. Recuperado de: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- López, C. (2018). *El acompañamiento espiritual en Enfermería*. (Trabajo de grado). Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10486/684900>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2017). *Oficina de Epidemiología. Boletín Epidemiológico del Perú*. Recuperado de: <http://bit.ly/2LautMy>
- Ortega, M., Ojeda, G, Ortiz A & Guerrero F. (2016). *Espiritualidad y cuidado de enfermería*. *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 5(10), 18. [Consultado el 27 de Enero de 2020]. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/5039/503954317011.pdf>

Pérez, M.E., & Cibanal, J. (2019). Cuidar deseando paz espiritual: análisis cualitativo actancial de narrativas personales de enfermeras que atienden a pacientes en fase terminal. *Cultura de los cuidados*, 23(53), 51-65. Recuperado de: <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.06>

Santos E. (2015). O papel do/a enfermeiro/a: visão humanística dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. (Thesis de Mestre). Escola Superior de Teologia. São Leopoldo. Recuperado de: <http://bit.ly/2GO7yI4>

Sgreccia, E. (2015). *Manual de Bioética. Fundamentos y ética biomédica*. Madrid: Talisio.

Torralba, F. (2011). *Ética del cuidar*. Barcelona: Institut Borja de Bioética - Mapfre Medicina.

Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>

World Health Organization (WHO) (2018). International Agency for research on Cancer. *Cancer Today*. [Internet]. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr/today/home>