

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROGRAMA DE ENFERMERÍA BASADO EN EL CUIDADO HUMANIZADO PARA
PERSONAS ADULTAS CON CÁNCER GÁSTRICO.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica

DAYANA MONDOL HERNÁNDEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023

DEDICATORIA

Este gran logro profesional se lo dedico a mi Fenga en el cielo, como un pequeño homenaje y una forma de decirte cuánto te quiero y te extraño.

Con amor, tu hija.

AGRADECIMIENTOS


Llegar a esta meta ha sido un largo camino en él, ha habido muchos trazos espinosos con muchas dificultades, pero, al mismo tiempo, muchas personas me han ayudado a retirar las espinas de ese sendero por donde caminaba. Por ello, quiero expresar mi profundo sentimiento de agradecimiento.

En primer lugar, a Dios por ayudarme en todo momento. También me gustaría agradecer a mi ángel en el cielo mi Fenga por siempre mi fuente de inspiración y mis ángeles en la tierra mi mamá Rox, mis hermanos (Hugo, Fernando y Keith), mis sobrinos (Adrian y Ale) y mi cuñada Adriana.

Por otro lado, deseo mostrar mi más sincero agradecimiento a mi tutora, la Dra. Ana Laura Solano por haberme transmitido el gusto por la investigación, pero sobretodo, por los valores humanista que me transmitió con los que he podido crecer, en este caso, como persona. Siento una gran admiración por usted y espero poder llevar a cabo, a partir de ahora, todas sus enseñanzas.

También me gustaría agradecer el apoyo de mis mejores amigas Irma y Fer por el apoyo incondicional y levantarme en los momentos más difíciles. Por último, pero no menos importante al Hospital Monseñor Sanabria por la ayuda brindada por mis jefaturas, al igual que aquellos amigos (as) y compañeros (as) de Sala de Operaciones que me ayudaron en el proceso

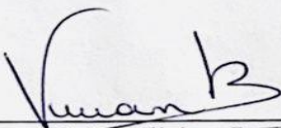
"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica".



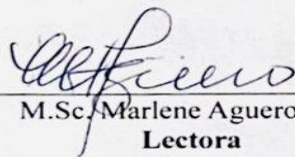
Máster Sunny González Serrano
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrados



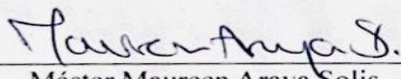
Dra. Ana Laura Solano López
Profesora Guía



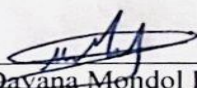
Dra. Vivian Vilchez Barboza
Lectora



M.Sc. Marlene Agüero Arce
Lectora



Máster Maureen Araya Solís
Directora, Programa de Posgrados en Ciencias de la Enfermería



Dayana Mondol Hernández
Sustentante

Tabla de Contenido

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
Tabla de Contenido	V
Resumen.....	VIII
Abstract	IX
Lista de Tablas	X
Lista de Figuras.....	XIII
Lista de Abreviaturas	XIV
Capítulo I Introducción	1
1.1 Introducción	2
1.2. Justificación.....	5
1.3 Objetivos	9
Capítulo II Marco Referencial	10
2.1 Marco Teórico	11
2.1.1 Teoría del Cuidado Humano.....	11
2.2 Marco Conceptual	20
2.2.1 Cáncer Gástrico (CG).....	20
2.2.2 Necesidades de la Persona Oncológica	30
2.2.3 Protocolos de Quimioterapias.....	31
2.2.4 Gastrectomía:.....	33
2.2.5 Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).....	36
2.2.6 Enfermería Oncológica.....	39
2.2.7 Tele-Enfermería Oncológica	40
2.3 Marco Empírico.....	40
2.3.1 Internacionales.....	41
2.3.2 Nacionales	50
2.4 Marco Legal	54

Capítulo III Marco Metodológico.....	56
3.1 Modalidad.....	57
3.2 Lugar de la Práctica Dirigida	57
3.3 Participantes	57
3.4 Proceso De Enfermería.....	58
3.5 Fases de la Práctica Dirigida	64
3.6 Consideraciones Éticas:.....	79
3.6.1 Justicia:	79
3.6.2 Autonomía:	79
3.6.3 Beneficencia:	80
3.6.4 No maleficencia:.....	81
Capítulo IV Resultado y Discusión.....	82
4.1 Fase I: Preparación	83
4.2 Fase II del Proceso de Enfermería: Diagnóstico	91
4.3 Fase III: Planificación	93
4.4 Fase IV: Ejecución	94
4.5 Fase V: Evaluación.....	97
4.5.1 Evaluación del Proceso de Enfermería.....	97
4.5.2 Evaluación de la Práctica Dirigida	98
4.6 Casos Clínicos.....	103
4.6.1 Participante AMA:.....	103
4.6.2. Participante J.A.J.R	141
4.6.3. Participante LVCA	179
4.6.4. Participante MVG:.....	227
4.7 Alcance y Limitaciones.....	266
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones	268
5.1 Conclusiones	269
5.2 Recomendaciones.....	270
ANEXOS	273
Referencias.....	289

Resumen

Introducción: En el 2020, más de un millón de personas recibieron el diagnóstico de cáncer gástrico en el mundo. Tanto el proceso de diagnóstico como los tratamientos asociados a esta enfermedad impactan de manera significativa la salud física, el bienestar psicosocial, espiritual. Por lo que las personas con cáncer gástrico requieren de cuidados holísticos para abordar integralmente sus necesidades. En los sistemas de salud la sobrecarga laboral está provocando una deshumanización de la atención en salud.

Objetivo: El objetivo de esta práctica dirigida fue desarrollar un programa basado en la humanización del cuidado para la persona adulta con cáncer gástrico.

Metodología: El programa de enfermería se realizó mediante la tele-enfermería, siguiendo las fases de la práctica dirigida en conjunto con las etapas del proceso de enfermería, utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Para identificar las necesidades, se realizó la valoración por medio de los patrones funcionales de Gordon. La etapa de planeación, se consideraron aspectos relevantes de la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson, y se empleó la escala Watson Caritas Patient Score (WCPS) para medir el cuidado humanizado. En la fase de evaluación, se utilizaron algunos instrumentos específicos de evaluación, así como la escala Watson Caritas Self-rating Score, con el objetivo de medir el cuidado humanizado desde la perspectiva de la profesional de enfermería.

Resultados: Cuatro mujeres participaron inicialmente, pero únicamente tres completaron todas las sesiones. Los diagnósticos obtenidos se basaron en problemas, riesgos, promoción de la salud o disposición, y todos se abordaron mediante intervenciones educativas en salud.

Conclusión: Las personas con cáncer gástrico demostraron mediante los diagnósticos NANDA tener muchas necesidades de cuidado en todas las esferas; lo que refleja la profunda necesidad de un cuidado humanizado en esta población. El programa mejoró la vivencia del proceso salud-enfermedad. La tele-enfermería, muestra cómo la ciencia de la enfermería continúa evolucionando y adaptándose, ofreciendo cuidado de manera innovadora y efectiva.

Palabras clave: cáncer gástrico, cuidado humanizado, proceso de enfermería, tele-enfermería

Abstract

Introduction: In 2020, more than a million people will receive the diagnosis of gastric cancer in the world. Both the diagnostic process and the treatments associated with this illness have a significant impact on physical health, psychosocial and spiritual well-being. For those people with gastric cancer require holistic care to fully address their needs. In health systems, labor overload is causing a dehumanization of health care.

Objective: The objective of this directed practice was to develop a program based on the humanization of care for adults with gastric cancer.

Methodology: The nursing program is implemented through tele-nursing, following the phases of direct practice in conjunction with the stages of the nursing process, using the NANDA-NOC-NIC taxonomy. To identify the needs, the evaluation was carried out by the medium of Gordon's functional patrons. At the stage of planning, relevant aspects of Watson's Humanized Care Theory were considered, and the Watson Caritas Patient Score (WCPS) scale was implemented to measure humanized care. In the evaluation phase, some specific evaluation tools are used, such as the Watson Caritas Self-rating Score scale, with the aim of evaluating humanized care from the perspective of the nursing professional.

Results: Four women participated initially, but only three completed each session. The obtained diagnoses were based on problems, problems, promotion of health or disposition, and all were approached through health educational interventions.

Conclusion: People with gastric cancer demonstrated through the NANDA diagnostics that they need to be looked after in all spheres; which reflects the profound need for humane care in this population. The program improved the experience of the health-care process. Tele-nursery shows how the science of nursing continues to evolve and adapt, offering care in an innovative and effective way.

Key words: gastric cancer, humane care, nursing process, tele-nursing.

Lista de Tablas

Tabla 1	Datos sociodemográficos de las personas participantes en el programa de enfermería.	85
Tabla 2	Resultados de la puntuación de la escala Watson Caritas Patient Score.	89
Tabla 3	Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score evaluando la práctica dirigida. ..	99
Tabla 4	Watson Caritas Self-rating Score evaluación de la práctica dirigida.....	102
Tabla 5	Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante AMA, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital Raúl Blanco Cervantes.	104
Tabla 6	Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante AMA.	112
Tabla 7	Relaciones de etiquetas diagnósticas de la participante AMA.	116
Tabla 8	Proceso de enfermería: Diagnóstico Síndrome de fragilidad del anciano, participante AMA.	119
Tabla 9	Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección participante, AMA.	121
Tabla 10	Proceso de enfermería: Diagnóstico Déficit de volumen de líquidos, participante AMA	123
Tabla 11	Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante AMA.	129
Tabla 12	Sesión IV. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante AMA.....	134
Tabla 13	Evaluación de los NOC, de la participante AMA.....	137
Tabla 14	Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante AMA durante el cuidado de enfermería recibido en la práctica dirigida.	140
Tabla 15	Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante JAJR, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital San Rafael de Alajuela.....	142

Tabla 16 Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante JAJR.....	151
Tabla 17 Relaciones de etiquetas diagnósticas, participante JAJR.....	156
Tabla 18 Proceso de enfermería: Diagnóstico Fatiga, participante JAJR.....	159
Tabla 19 Escala Inventario Breve de Fatiga participante JAJR.....	161
Tabla 20 Proceso de enfermería: Diagnóstico Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades, participante JAJR.....	162
Tabla 21 Proceso de enfermería: Diagnóstico Afrontamiento ineficaz, participante JAJR.....	164
Tabla 22 Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante JAJR.....	166
Tabla 23 Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativa, participante JAJR.	172
Tabla 24 Sesión IV. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante JAJR.	177
Tabla 25 Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante LVCA, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital San Vicente de Paúl.	180
Tabla 26 Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante LVCA.....	189
Tabla 27 Relaciones de etiquetas diagnósticas de la participante LVCA.....	193
Tabla 28. Proceso de enfermería: Diagnóstico Conflicto de decisiones, participante LVCA..	196
Tabla 29 Proceso de enfermería: Diagnóstico Ansiedad, participante LVCA.	198
Tabla 30 Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante LVCA.....	201
Tabla 31 Proceso de enfermería: Diagnóstico Autogestión ineficaz de la salud, participante LVCA.....	203
Tabla 32 Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante LVCA.	212
Tabla 33 Sesión IV. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante LVCA.	217

Tabla 34 Evaluación de los NOC, de la participante LVCA.	219
Tabla 35 Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck, aplicado a la participante LVCA. .	223
Tabla 36 Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante LVCA, durante el cuidado de enfermería recibido en la práctica dirigida.	226
Tabla 37 Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante MVG, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital Monseñor Sanabria.	228
Tabla 38 Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante MVG.	237
Tabla 39 Relaciones de etiquetas diagnósticas, participante MVG.	241
Tabla 40 Proceso de enfermería: Diagnóstico Ansiedad, participante MVG.	243
Tabla 41 Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante MVG.	245
Tabla 42 Proceso de enfermería: Diagnóstico Disposición para mejorar el autocuidado, participante MVG.	247
Tabla 43 Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante MVG.	255
Tabla 44 Evaluación de Riesgo de infección participante MVG.	259
Tabla 45 Evaluación del instrumento Inventario de Ansiedad de Beck BAI, aplicado a la participante MVG.	263
Tabla 46 Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante MVG, durante el cuidado de enfermería recibido en la práctica dirigida.	265

Lista de Figuras

Figura 1. Red Razonamiento lógica participante AMA.	115
Figura 2. Red Razonamiento lógica participante J.A.J.R.	155
Figura 3. Red Razonamiento lógica participante LVCA.	192
Figura 4. Red Razonamiento lógica participante MVG.	240

Lista de Abreviaturas

ACS: Sociedad Americana Contra El Cáncer	ECX: Epirubicina, cisplatino y capecitabina
ACT: Terapia de aceptación y compromiso	EMR: Endoscópica de la mucosa
AINE: Antiinflamatorios no esteroideos	EPP: Eritema palmo-plantar
AJC: American Joint Committee	ERAS: Enhanced Recovery After Surgery
AREA: Análisis de los resultados del estado actual	ESD: Disección endoscópica de la submucosa
Care-Q: Caring Assessment Instrument	FC: Factores de cuidados
CBB-R: Cuestionario Breve de Burnout Revisado	FLOT: Docetaxel, oxaliplatino, 5- fluorouracilo y leucovorina
CBD: Cannabidiol	FOLFIRI: Irinotecán, leucovorina y 5- fluorouracilo
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social	FOLFOX: 5-fluorouracilo, leucovorina y oxaliplatino
CD: Características Definitorias	FRE: Factores Relacionados
CG: Cáncer Gástrico	FRI: Factores de Riesgos
CSI-R: Inventario de Estilos de Comunicación Revisado	HUMAS: Escala de Humanización del Profesional Sanitario
DCF: Docetaxel, cisplatino y 5- fluorouracilo	IARC: Agencia Internacional para el Estudio de Cáncer
EBE: Enfermería Basada en la Evidencia	IBF: Inventario Breve de Fatiga
EBV: Virus de Epstein Barr	IMC: Índice de Masa Corporal
ECF: Epirubicina, cisplatino y 5- fluorouracilo	

ITS: Infecciones de transmisión sexual

NANDA: North American Nursing

Diagnosis Association

NCI: Instituto Nacional Center

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

OECI: Organización de Institutos Europeos
del Cáncer

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBE: Peritonitis bacteriana espontánea

PCC: Proceso Caritas de Cuidados

PCHE: Percepción sobre Comportamientos
del Cuidado de Enfermería Humanizado

PND: Plan Nacional de Desarrollo

SART: Terapia de relajación autoactiva

SIO: Society for Integrative Oncology

TFIA: Trabajo final de investigación
aplicada

TIC: Tecnologías de la Información y la
Comunicación

WCPS: Watson Caritas Patient Score



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Dayana Mondol Hernández, con cédula de identidad 603960253, en mi condición de autor del TFG titulado _____
Programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Dayana María Mondol Hernández

Número de Carné: B99654 Número de cédula: 603960253

Correo Electrónico: Dmondol77@gmail.com

Fecha: 03/01/2024 Número de teléfono: _____

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dra. Ana Laura Solano López

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Capítulo I

Introducción

1.1 Introducción

El cáncer gástrico es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo, en el 2020 se diagnosticaron 1 089 103 casos nuevos de cáncer de estómago a nivel mundial (Globocan, 2020)

Los tratamientos para el cáncer gástrico cursan en constante innovación y, han cambiado drásticamente en los últimos años; existen un sinnúmero de opciones que van desde la resección endoscópica, gastrectomía, quimioterapias, entre otros. Los efectos secundarios relacionados con los diferentes tratamientos tienen un impacto generalizado en las personas, incluyendo la salud física, el bienestar psicosocial, espiritual, las relaciones y la independencia de las personas. (Rowsell et al, 2022)

Dentro de los tratamientos más agresivos para esta patología se encuentra la gastrectomía. Si bien, la cirugía se considera el medio más eficaz para curar el cáncer gástrico, esta opción de tratamiento constituye un evento estresante que pueden ser considerado lesionante y/o mutilante para la persona, lo que incide en el desencadenamiento de malestar psicológico, como la ansiedad y la depresión, repercutiendo en la calidad de vida de las personas. (Kwon et al, 2022)

Por ende, las personas con cáncer gástrico suelen encontrarse vulnerables, y requieren de necesidades especiales de cuidado, donde él o la profesional de enfermería, a través del conocimiento científico debe procurar brindar cuidados de calidad.

Debido a lo anterior, es necesario brindarles a las personas con enfermedad oncológica, un componente esencial en el campo de la salud, como lo es el cuidado humanizado. La práctica del cuidado humanizado busca brindar una atención integral desde la práctica de los

conocimientos científicos, y valores humanos; con el objetivo de la persona alcance el bienestar físico, psicosocial y espiritual. (Meneses-La-Riva et al, 2021)

En muchas ocasiones, a pesar de que el cuidado es la esencia de enfermería y éste debe ser humanizado, existe el riesgo de la deshumanización en la atención a la persona, debido al gradual sobrecargo de trabajo de los y las profesionales de enfermería, la falta de recursos humanos (Lai et al, 2022). Por lo que es necesario salvar en la práctica de la enfermería, los aspectos humanos, espirituales y transpersonales. (Watson, 2008).

De manera, que el cuidado humanizado es un modelo de enfermería con orientación al rescate de los aspectos humanos, que se puede utilizar para lograr un mejor cuidado. Su aplicación en el proceso de gestión de la práctica de enfermería, combinados con un manejo integral de las personas, requiere un compromiso ético, por parte de él o la profesional de enfermería, para fomentar relaciones de comprensión, empatía y respeto. (Liu & Wang, 2022)

Es aquí, cuando él o la profesional de enfermería en su quehacer diario trata a los usuarios y usuarias como entes psicosociales biológicos, y espirituales; de manera que implica una mirada solidaria, una forma de observar a la persona en su totalidad. Por lo tanto, al planificar el proceso de enfermería, las y los profesionales de enfermería no solo se deben centrar en la realidad de la enfermedad, sino que también deben comprender los aspectos psicológicos, espirituales y sociales de la persona. (De Arco-Canoles & Suarez-Calle, 2018)

La aplicación del cuidado humanizado mejora la calidad de la atención y el reconocimiento de la enfermería, del mismo modo, mejora la satisfacción de las personas usuarias. El principal ente para lograr la humanización del cuidado es mediante la educación de enfermería. (Lai et al, 2022), esto debido a que nos permite el crecimiento personal y el de la persona cuidada. Como afirma Watson “lo que permite aprender unos de otros cómo ser más

humanos identificándonos con los demás. Esta conexión de persona a persona expande nuestra compasión y cuidado y mantiene viva nuestra humanidad común” (1985, pág. 5).

Es por ello que, teniendo en cuenta todas las necesidades que arraigan las personas con cáncer gástrico, y los beneficios de brindar cuidado humanizado, se ve la oportunidad de crear un programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico. Con este TFIA, en la modalidad de práctica dirigida, se intenta brindar a la persona con cáncer gástrico un cuidado integral basado en el conocimiento científico y los principios de la humanización.

Por lo que el propósito de esta práctica dirigida es desarrollar un programa virtual desde un proceso de enfermería basado en la teoría del cuidado humanizado, lo que permitirá satisfacer las necesidades de las personas oncológicas con cáncer gástrico, en el proceso de vida, muerte o recuperación de la salud, visualizando a la persona como un ser biopsicosocial, integral y espiritual, es decir un ser holístico.

1.2. Justificación

El cáncer gástrico es la sexta neoplasia más común y el tercer cáncer más mortal en el mundo, especialmente entre los hombres mayores. (Globocan, 2020) La supervivencia general a 5 años para el cáncer de estómago es del 20 % en todo el mundo. (Ilic & Ilic, 2022)

En Costa Rica los datos no son muy alentadores, la incidencia de casos nuevos de cáncer de estómago para el año 2020 fue de 952 casos, siendo la cuarta causa de muerte por esta patología solo por debajo del cáncer de próstata, mama y colorrectal. (Globocan, 2020)

Las personas diagnosticadas con cáncer gástrico tienen una baja probabilidad de curarse, debido a que este tipo de cáncer se diagnostica en etapas avanzadas, por lo que sufren de problemas que afectan negativamente su calidad de vida. (Dalhammar et al,2022) De modo que tienen que lidiar con una amplia gama de síntomas físicos, psicológicos, sociales y existenciales relacionados con las neoplasias y/o su tratamiento. (Beek et al, 2019)

Aunado a esto, es necesario destacar que la vivencia de las personas diagnosticadas con cáncer gástrico, incluso aquellas con terapia con intención curativa como la gastrectomía, la neoadyuvancia y la adyuvancia viene a crear nuevos estilos de vida lo que conlleva muchas veces a la negación del tratamiento, ocasionando complicaciones. (Pinheiro et al, 2019)

Lo que repercute en que las personas con cáncer gástrico necesitan más estadías hospitalarias, aunque las necesidades de atención pueden ser más extensas en la última etapa de la enfermedad. (Dalhammar et al,2022)

En consecuencia, debido a la naturaleza y complejidad de la enfermedad del cáncer de estómago y a que los efectos secundarios de los diferentes tratamientos repercuten en la calidad de vida, se requieren de programas integrales de cuidados de enfermería para estas personas,

donde la atención sea centrada en él o ella, y así mismo tenga un papel proactivo en su propio cuidado.

Los programas educativos para personas con cáncer son instrumentos reconocidos y recomendados a nivel mundial, es el caso del: El Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU. y la Organización de Institutos Europeos del Cáncer (OEIC), quienes reconocieron la necesidad de programas con características personalizadas y participativas específicamente destinados a mejorar la educación de la persona. (Truccolo et al, 2016)

De acuerdo con lo anterior, resulta crucial realizar un programa para las personas con cáncer gástrico en Costa Rica, desde un proceso de enfermería que permita identificar de manera holística las necesidades basadas en problemas y/o potenciales, o bien las fortalezas de la persona con cáncer gástrico y su familia, observando los problemas y las reacciones ante la enfermedad y el tratamiento.

Siempre sobre este tema la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2014) postula que el proceso de enfermería:

Se basa en teorías y modelos conceptuales propios de la disciplina, es el método de abordaje al cuidado integral de las personas. El cuidado humano, es visualizado como fenómeno universal, con dimensiones biofísicas, culturales, sociales y ambientales, lo que permite concebirlo, de acuerdo a los determinantes sociales de salud, con un trasfondo sociocultural; una historia personal, valores, creencias y con derecho de participar en el mismo (p.83).

Esta definición resulta de gran trascendencia para este TFIA ya que se puede evidenciar la importancia de que los procesos de enfermería se realicen de manera humanizada y basados en teoría y evidencia. Asimismo, como expresa Navarrete-Correa et al. (2021) “los pacientes

oncológicos están sometidos a múltiples factores que impactan directamente en su proceso salud-enfermedad, los cuales condicionan necesidades explícitas de cuidado humanizado que incluyen las necesidades emocionales, espirituales, sociales y afectivas” (2021, pág. 4)

Los procesos de enfermería para personas oncológicas son complejos, por lo que utilizan una terminología estandarizada, estos sistemas de clasificación son los siguientes: diagnósticos de enfermería, como la NANDA-I; acciones de enfermería, como la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y resultados de enfermería, como la clasificación de resultados de enfermería (NOC), lo que asegura una atención integral, basada en el conocimiento y las habilidades técnico-científicas. (Othman et al, 2021)

Teniendo en cuenta, que resulta fundamental sustentar nuestra práctica de la enfermería, a través de conocimientos teóricos específicos de la disciplina que se basan en perspectivas filosóficas, marcos metodológicos, epistemológicos y ontológicos basados en un enfoque ético hacia los seres humanos y el mundo en el que habitan. (Rizzo Parse et al, 2000)

Por consiguiente, es la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson la que mejor se adapta al enfoque humanístico que se desea para este TFIA, realizado por medio de un proceso de enfermería. Otro elemento por considerar es que esta teoría se utiliza ampliamente para guiar la educación, la práctica y la investigación de enfermería. (Wei & Watson, 2018)

Aunque la teoría del cuidado humanizado es muy utilizada en diferentes ámbitos de la salud a nivel mundial, la realidad de nuestro país es otra. En la actualidad a nivel nacional hay escasa evidencia sobre su uso, la evidencia científica disponible, no demuestra la aplicación del cuidado humanizado en la población oncológica, además, no hay procesos de enfermería basados en la teoría de cuidado humanizados de Watson, que sirvan de guías para orienten al profesional de enfermería, a como brindar un cuidado de calidad humanizado.

Dentro del manual normativo del programa institucional de estándares de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, dirigido a las y los profesionales de enfermería de los tres niveles de atención proponen: “Fortalecer los índices de calidad, el trato humanizado, la calidad y calidez de los Servicios que se brindan a las personas, en los diferentes Niveles de Atención, a través de la Conducción y Asesoramiento, del Programa Institucional de Estándares de Salud, dirigido a los Tres Niveles de Atención”. (Caja Costarricense de Seguro Social , 2016, pág. 18)

A través de indicadores, se pretende valorar la efectividad de los programas de capacitación brindado al personal de enfermería, esta estrategia se puso en práctica desde el 2006; Sin embargo, no se observan reportes si el cuidado se realiza de manera humanizada.

Este TFIA proporcionará nuevas aplicaciones prácticas del cuidado humanizado, ya que hay escasos de estudios o reportes de caso relacionados con la temática y menos aún en el campo oncológico, por lo que el programa de enfermería propuesto representa una contribución a futuras intervenciones de enfermería, como una herramienta de crear conciencia en las y los profesionales de enfermería sobre la importancia de humanizar la atención. Asimismo, colabora con la ciencia de la enfermería a través del uso de teorías de la disciplina.

Para finalizar lo que se busca esta práctica profesional dirigida es que el profesional de enfermería, a través del cuidado holístico en un proceso de enfermería, vea más allá del cáncer gástrico y pueda abordar cómo la persona diagnosticada afronta la enfermedad, tomando en cuenta la salud mental, física, social, y todos los aspectos del entorno del individuo y la familia. Sin dejar de lado lo primordial, la persona oncológica, la cual será la mayor beneficiada, en el proceso de salud-enfermedad.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Desarrollar un programa basado en la humanización del cuidado para la persona adulta con cáncer gástrico.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico que permita identificar las necesidades de cuidado humanizado en la persona adulta con diagnóstico de cáncer gástrico.
- Planificar el programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico.
- Ejecutar el programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico.
- Evaluar el programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico

Capítulo II

Marco

Referencial

El presente programa de enfermería se desarrolla bajo la teoría del cuidado humano de Jean Watson. Esta teoría se adapta al objetivo propuesto de crear un programa de enfermería con enfoque humanizado. Bajo esta guía teórica es primordial entonces que para las fases del proceso de enfermería se dé una adecuada interacción profesional de enfermería-persona con cáncer gástrico, ya que el cuidado de enfermería humanizado involucra una acción profesional compasiva que comienza por establecer una relación eficaz, profesional, competente basada en conocimiento científico. (Hadadian-Chaghaei et al, 2022)

En cuanto al sustento empírico, se buscaron y revisaron los antecedentes del fenómeno de interés para comprender qué investigaciones se han realizado sobre cuidado humanizado. Por otra parte, en lo concerniente al soporte conceptual, se consideró necesario su uso para explicar conceptos esenciales para esta práctica, relacionados al contexto en el cual se desarrolla el programa.

2.1 Marco Teórico

El marco teórico que guía la presente práctica dirigida es la Teoría de cuidado humano de Jean Watson. Esta teoría reconoce a la persona cuidada como un ser integral, con capacidad de poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado (Molero Jurado et al, 2021). De allí que los y las profesionales de enfermería al interactuar con la persona que se encuentra enferma, deben en conjunto priorizar las acciones para su cuidado.

2.1.1 Teoría del Cuidado Humano

Desde el punto de vista de Watson “La ciencia del cuidado es la esencia de la enfermería y el fundamento disciplinario del núcleo de nuestra profesión. El cuidado afectivo promueve la curación, la salud, el crecimiento individual y familiar, y las sensaciones de integridad, agradecimiento, evolución del conocimiento, tranquilidad, superación de los periodos de crisis y

el miedo a las enfermedades, a los diagnósticos, a las dolencias, a los traumas, a los cambios de vida, etcétera” (2012, pág. 21)

Otro elemento, importante en esta teoría es el momento del cuidado, que son las conexiones interpersonales, las relaciones entre individuos (profesional de enfermería-persona usuaria), esa conexión entre dos mentes subjetivas es tanto intersubjetivo como transformador para el momento del cuidado. (Wey et al, 2020) Los momentos del cuidado transpersonal, incluyen favorecer la curación, a través de las sensaciones, de todos los sentidos como el tacto, los sonidos, las palabras y las formas, beneficiando en conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal. (Watson, 2008)

El desarrollo de los y las profesionales de enfermería en el crecimiento del cuidado humano se logra cuando comprenden la relación transpersonal que involucra el cuidado entre humanos, además, de los momentos de cuidado a través de la enfermería, y cómo estos afectan al cuidado-curación.

Con relación al termino cuidado-curación es definido como “La ciencia del cuidado es complementaria a la ciencia de la curación” (Watson, 2008, pág. 20) Aunado a esto, ella considera que “el proceso de cuidado la persona alcanza la salud o muere en paz; en cambio, la curación es un término médico que se refiere a la eliminación de la enfermedad”. (Watson, 2008, pág. 21)

Para Watson la conexión entre humanos expande nuestra compasión y conciencia transpersonal, cuando se tiene una conexión tan auténtica de espíritu a espíritu, se es más abierto, receptivo y sensible a lo que está ocurriendo, a la persona cuidada. (Watson, 2008)

Sus ideas del cuidado, como esencia de la práctica de enfermería, fueron evolucionando desde su concepción en *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* 1979, enfocadas hacia el

rol y la misión del profesional de enfermería, el pacto ético con la sociedad, el mantenimiento del cuidado humano y la preservación de la dignidad de las personas. (Watson, 2008)

Watson insiste en que la responsabilidad como profesionales de enfermería es ver más allá, promoviendo la salud a través de medidas preventivas. Este objetivo se logra enseñando a las y los individuos cambios personales para promover la salud, brindando apoyo, enseñando métodos de resolución de problemas e identificando habilidades de afrontamiento y adaptación a las pérdidas. (Watson, 2012)

Para comprender la teoría del cuidado con sus premisas y proceso caritas de cuidados se debe comenzar con la clarificación del concepto metaparadigmas de la enfermería y otros conceptos relevantes dados por la autora.

2.1.1.1 Metaparadigma

Watson (1985) definió los metaparadigmas y otros conceptos relevantes de su teoría.

- **Salud:** se fomenta entre una armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** la reconoce como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones.
- **Entorno:** espacio donde se produce la curación.
- **Enfermería:** ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética; afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida

profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. (Watson, 1985)

Los conceptos teóricos desarrollados por la autora se derivan de su experiencia personal y profesional, su trabajo de campo en hospitales, fundamentados e integrados con sus formas filosóficas y éticas de ver los cuidados de enfermería. (Watson, 1985) Dentro de la teoría Watson describe otros conceptos de enfermería, los cuales son enfoques claves, en la articulación de la teoría. Los mismos se detallan seguidamente:

- **Alma:** es el espíritu o la esencia de la persona que puede ampliar a sus capacidades.
- **Armonía:** triada mente-cuerpo-espíritu.
- **Desarmonía:** no hay congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Otro elemento, que Watson (1985) considero en su segundo libro, discurre el cuidado humano como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, que son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana.

De manera, que los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería y premisas de la ciencia solidaria que proporcionan una base para la construcción de Caritas (Nelson & Watson, 2012) Estableciendo que el cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento individual y familiar, y que solo puede ser practicado de forma interpersonal. Se han identificado y nombrado supuestos básicos.

2.1.1.2 Supuestos Principales de la Ciencia del Cuidado de Enfermería

- El cuidado puede demostrarse y practicarse interpersonalmente de manera más efectiva; sin embargo, la conciencia de cuidado puede trascender y comunicarse más allá del tiempo, el espacio y la fisicalidad.
- Los procesos y conexiones intersubjetivos de humano a humano mantienen vivo un sentido común de humanidad; por lo que la humanidad de uno se refleja en el otro.
- El cuidado consiste en procesos de Caritas que facilitan la curación, honran la integridad y contribuyen a la evolución de la humanidad. (Nelson & Watson, 2012)

Aunado, a los supuestos principales planteó diez factores de cuidados, que en su primer libro denomina "carativo" fue una palabra que invento para servir como contrapunto a la orientación "curativa" de la ciencia médica. (Watson, 2008) Los factores de cuidado son actividades y orientaciones centrales que las y los profesionales de enfermería utilizan en la prestación de atención que ayudan a desarrollar la ciencia de enfermería y también guiar la práctica; proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría. (Watson, 2008)

Por último, la Teoría del Cuidado Humano, desde su obra original, ha evolucionado y ofrece un concepto del cuidar con una visión más moderna. Por ello, la escritora transformó el concepto de factores de cuidados (FC) por el Proceso Caritas de Cuidados (PCC), enlazando la relación entre cuidado y amor. (Nelson & Watson, 2012)

2.1.1.3 Procesos Caritas de Cuidados (PCC):

Los PCCs que fundamentaron su teoría (Watson, 2008) son los siguientes:

PCC 1: "Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado". (Watson J. , 2008, pág. 56)

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de los y las enfermeras, con la información y demostración acerca de temas de salud. Este proceso implica escuchar y respetar a los demás, honrar la dignidad humana, tratarse a sí mismo y a los demás con bondad amorosa, reconocer las vulnerabilidades que como seres humanos tenemos.

Cabe señalar, que la autora desarrollo una serie de puntos de referencia para que las y los profesionales de enfermería practiquen los valores del altruismo humanitario, como son:

- Comience el día con gratitud silenciosa; establece tus intenciones de estar abierto a dar y recibir en este día.
- En medio de momentos estresantes, recuerde respirar; pida orientación cuando no esté seguro, confundido y asustado; Perdona y bendice cada situación.
- Deja ir lo que no puedes controlar.
- La meditación es una invitación para el crecimiento personal (Watson, 2008)

PCC 2: “Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundas y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar”. (Watson, 2008, pág. 61)

Este factor ilustra el poder curativo de la fe y la esperanza para el cuidado, permitir que las personas desarrollen su sistema de creencias y realicen sus rituales ayudará a curarse o mantenerse saludables.

PCC 3: “El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, más allá del ego”. (Watson, 2008, pág. 67)

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la autoaceptación tanto para el o la enfermera como para el individuo enfermo. A medida que las y

los profesionales de enfermería reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos (as), auténticos(as), ayudando a brindará un cuidado humanizado a la persona.

PCC4: “Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado, de apoyo - confianza”.

(Watson, 2008, pág. 71)

Los momentos de cuidado transpersonal pueden ser puntos de una relación de confianza-ayuda entre el o la enfermera y persona enferma fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos, implica coherencia, empatía y comunicación eficaz. Esta relación es crucial para desarrollar un cuidado transpersonal.

Para desarrollar esa auténtica relación de ayuda y confianza, la autora propone lo siguiente:

- La calma y la atención plena son fundamentales en el momento de cuidado.
- Los actos de amor cariñosos y compasivos engendran sanación para uno mismo y para los demás. (Watson, 2008)

PCC 5: “Constituir y apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos, de la mano con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. (Watson, 2008, pág. 101)

El o la profesional de enfermería debe de estar preparada y reconocer la comprensión intelectual y emocional de cada persona en cada situación positiva o negativa en la que se encuentra.

PCC 6: “La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones/ El uso de todas las maneras del saber, maneras múltiples del saber/hacer como parte del proceso del cuidar.”. (Watson, 2008, pág. 107)

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico solucionando problemas, los procesos buscan información, conocimiento, comprensión y sabiduría a través de la Práctica Basada en la Evidencia.

PCC 7: “Participar de una experiencia autentica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser –significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros”. (Watson, 2008, pág. 125)

Este factor es un concepto importante para la práctica de la enfermería porque separa el cuidado de la curación, permite que el o la enfermera brinden educación a la persona acerca de su enfermedad y esté informado. El o la profesional de enfermería facilita técnicas de enseñanza aprendizaje diseñado para permitir que el individuo realice el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

PCC 8: “Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia) allí donde lo saludable la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien”. (Watson, 2008, pág. 129)

El o la profesional de enfermería debe reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos, por lo que brindara las medidas de comodidad.

PCC 9: “Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu-salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”. (Watson, 2008, pág. 143)

El o la profesional de enfermería reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de la persona consultante. Los usuarios tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

PCC 10: “Abrirse y atender a las dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado”. (Watson, 2008, pág. 191)

Nuestras mentes no tienen todas las respuestas a la vida y la muerte, todas las condiciones humanas que enfrentamos; Por lo tanto, tenemos que estar abiertos a las incógnitas que no podemos controlar.

La práctica del cuidado humanizado, requiere de ciertas habilidades de las y los profesionales de enfermería, como son: los “preliminares”, se prepara el entorno y el individuo para el abordaje inicial respetando la privacidad, la libertad y la autonomía; se continúa con una relación de confianza, a través de la mirada, el habla y el tacto; la tercera etapa es propiamente cuando se brinda el cuidado; la cuarta etapa, “consolidación emocional”, permite la creación de una impresión positiva en la memoria emocional, proporcionando a la persona una retroalimentación positiva sobre sus esfuerzos y progresos de autocuidado; y la última etapa, “cita”, que consiste en despedirse y programar la próxima cita, evitando sentimientos de abandono y descuido. (Carvalho Pereira et al, 2020)

En este sentido Watson brinda algunas pautas para las y los profesionales brinden cuidado humano, como lo son:

- Cultivar la conciencia solidaria y la intencionalidad como punto de partida.
- Capacidad para "centrarse": calmarse, hacer una pausa antes de entrar en la habitación del paciente o permanecer quieto en presencia del otro.
- Capacidad de "leer el campo" al entrar en el espacio de vida o campo de otro.
- Capacidad de estar presente: estar con otros y hacer por otros.
- Identificar y dirigirse con precisión a la persona por su nombre.

- Mantenga el contacto visual según corresponda para el significado y la sensibilidad de la persona / cultura.
- Capacidad para conectarse a uno mismo y a los demás para actos reconfortantes, calmantes y calmantes.
- Detectar con precisión los sentimientos de los demás. (2008, pág. 30)

En esta práctica dirigida de enfermería, el cuidado humanizado reunirá actos como: pensar, hacer, cuidar, escuchar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como él o la profesional que cuida, pero, además, es necesario para ejecutarlos elementos básicos de la ciencia de la enfermería como: el ser, el hacer y el saber. Este último se representará con conceptos actualizados, que se presentarán en el siguiente apartado.

2.2 Marco Conceptual

Este apartado, se desarrolla con conceptos importantes para la práctica dirigida y el proceso de enfermería como lo son cáncer gástrico, gastrectomía, necesidades de la persona oncológica, protocolos ERAS, enfermería oncológica y tele-enfermería oncológica.

2.2.1 Cáncer Gástrico (CG)

El CG, es una patología que afecta con mayor frecuencia al sexo masculino. Durante el 2020 de acuerdo con los datos de Agencia Internacional para el Estudio de Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los hombres presentaron mayor incidencia de casos nuevos a nivel mundial, además, de una mayor mortalidad (Globocan, 2020).

En Costa Rica los datos del periodo 2007 al 2015 muestran que el cáncer gástrico es el tercer cáncer con mayor incidencia en hombres y el quinto con mayor incidencia en mujeres; los datos del 2019 muestran que el cáncer gástrico fue el que ocasionó mayor muerte por cáncer en

hombres y en mujeres el segundo con mayor mortalidad solo por debajo del cáncer de mama.

(Ministerio de Salud de Costa Rica., 2021)

El estómago es un órgano con forma de J ubicado en la parte superior del abdomen, sirve para procesa los nutrientes y ayuda a eliminar los materiales de desecho del cuerpo. Consta de varias partes: fondo, cuerpo, antro y píloro. Tiene dos curvaturas, una mayor o derecha y una menor o izquierda. Se conecta con el esófago y con el duodeno mediante el píloro. (Karnul & Murthy, 2022) A nivel microscópico, el estómago está constituido por varias capas: túnica mucosa, túnica submucosa, túnica muscular y la túnica subserosa. (Instituto Nacional Center NCI, 2022)

De acuerdo con la Sociedad Española de Oncología Médica (2020), citada por Cárdenas et al (2021) el cáncer gástrico es una:

“Neoplasia del tubo digestivo que presenta un crecimiento de células cancerígenas, en algunas capas del estómago que dan como resultado un tumor maligno. Por lo general se trata de un adenocarcinoma gástrico, sin embargo, también podemos encontrar de otros tipos, en este caso un GIST, melanoma o linfoma gástrico, e incluso puede haber otras variables”. (Cárdenas et al, 2021, p5)

Conviene subrayar que en nuestro país el cáncer de estómago presenta una tendencia decreciente sostenida alcanzando en el 2012 una tasa de 17,26 por 100.000 hombres, la más baja desde el año 2000. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2015) Esto es debido a que, si bien no existen programas de tamizaje a nivel nacional en la provincia de Cartago, que por años ha sido la de mayor incidencia, si cuenta con programa de detección temprana y erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*. (Dávila Meneses et al, 2018)

Teniendo en cuenta, que existen muchas causas por lo que se origina el cáncer de estómago, entre ellas infecciones patógenas que incluyen, *Helicobacter pylori* o el virus de Epstein Barr (EBV), otros factores pueden contribuir al cáncer gástrico, incluidos el nivel socioeconómico bajo, los factores hereditarios y las exposiciones ambientales. (Ilic & Ilic, 2022)

En este sentido, la infección por *Helicobacter pylori* es la infección patógena más común que conduce al desarrollo de gastritis atrófica crónica, metaplasia intestinal gástrica, displasia y posteriormente adenocarcinoma. Se prevé que esta bacteria esté presente en más de la mitad de la población mundial, y recientemente ha sido clasificada como carcinógeno de clase I. (Sexton et al, 2020)

Se ha demostrado que el EBV influye en la progresión del cáncer gástrico en un subconjunto de casos (10%) y, asimismo, puede promover la hipermetilación de los genes supresores de tumores, la inflamación de la mucosa gástrica y la evasión inmunitaria del huésped, lo que resulta en carcinogénesis gástrica. (Lei et al, 2022)

Las causas familiares de cáncer gástrico representan una pequeña proporción de todos los casos, 10% de los casos totales, mientras que el 3% de esa población tiene cáncer gástrico causado por mutaciones germinales en el gen E-cadherina. El desarrollo de cáncer gástrico antes de los 50 años puede ir acompañado de antecedentes familiares. (Lei et al, 2022)

El estilo de vida y los factores ambientales influyen en una menor proporción de casos de cáncer gástrico. Estos incluyen la mala alimentación, el tabaquismo y el consumo de sal. Un alto consumo de carnes rojas y procesadas se ha relacionado con un aumento estadísticamente significativo en el desarrollo de cáncer gástrico. (Sexton et al, 2020)

2.2.1.1 Clasificación Del Cáncer

En cuanto, a los sistemas de clasificación utilizados con el cáncer gástrico incluyen la clasificación de Lauren, y la de la OMS. (Rodríguez Montero, 2014)

La clasificación de la OMS incluye cuatro variedades histológicas:

- Tubular
- Papilar
- Mucinoso
- Células en anillo de sello (equivalente al tipo difuso de Lauren). (Rodríguez Montero, 2014)

Por su parte, para la clasificación denominada de Lauren existen dos tipos histológicos:

- **Intestinal:** incluyen adenocarcinoma tubular y adenocarcinoma papilar. Abarca el 70%, completamente dado por factores ambientales-dietéticos, caracterizado por la formación de glándulas que se disponen en diferentes patrones de crecimiento y que suele presentarse en personas de edad avanzada, en su mayoría hombres y predomina en el antro gástrico, presentan tumores de mayor tamaño. (Sexton et al, 2020)
- **Difuso:** que incluye adenocarcinoma de células en anillos de sello, carcinoma indiferenciado y carcinoma mucinoso. Se caracterizan por proliferación de células neoplásicas en forma no cohesiva, sin formación de glándulas y suele presentarse en individuos de edad más temprana que el intestinal. Es muy invasivo, indiferenciado y de muy mal pronóstico, generalmente con familiares con genes autosómicos dominantes. (Sexton et al, 2020)

Considerando, que al comparar el tiempo de supervivencia de las personas con cáncer gástrico difuso es significativamente más corto que el de las personas con cáncer gástrico

intestinal, donde la tasa de supervivencia a 5 años para el tipo intestinal es del 57,7 % y la tasa de supervivencia a 5 años para el tipo difuso es solo del 45,6 %. (Tan et al, 2022)

Otro elemento, a considerar las clasificaciones más utilizadas para definir la extensión de la enfermedad tumoral es la TNM propuesta por la American Joint Committee (AJC) y la Unión Internacional contra el Cáncer. La letra T identifica el tamaño de la lesión tumoral, la N representa el número y las características de los ganglios comprometidos y la M la situación de las metástasis a distancia. A cada una de las letras se le asigna un número que convencionalmente describe el estado de la lesión, e incluso, puede emplearse una letra minúscula que señala distintas condiciones para cada estado. (Greene et al, 2018)

2.2.1.2 Sistema TNM

A propósito de la clasificación del cáncer, las neoplasias cambian con el tiempo su tamaño, es por ello que, al momento del diagnóstico el tumor primario se clasifica en alguna de la siguiente manera:

Tumor Primario (T)

- Tx No ha sido precisado
- T0 No hay evidencia del primario
- Tis Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia.
- T1 Invade hasta la submucosa.
- T2 Invade hasta la muscular propia o la subserosa
- T3 Invade la serosa (peritoneo visceral) sin invadir estructuras adyacentes.
- T4 Invade estructuras adyacentes. (TNM Classification of Malignant Tumours, 2017)

Teniendo en cuenta, otro factor determinante en el pronóstico de la enfermedad es la cantidad de ganglios linfáticos positivos, es primordial que al momento del diagnóstico se valoren para determinar en cual clase se clasifica, pudiéndose catalogar como:

Compromiso Linfático Regional (N)

- Nx Es imposible precisar compromiso linfático.
- N0 Sin evidencia de compromiso linfático regional.
- N1 Metástasis en linfonodos regionales 1 al 6.
- N2 Metástasis en linfonodos regionales 7 al 15.
- N3 Metástasis en linfonodos regionales más allá del 15. (TNM Classification of Malignant Tumours, 2017)

Un elemento que determina el tipo de tratamiento que recibirá la persona con cáncer gástrico, es la metástasis a distancia, puesto que existen tratamientos curativos y paliativos.

Metástasis A Distancia (M)

Los lugares más frecuentes donde ocurren las metástasis en el cáncer gástricos son en el hígado, pulmón, huesos y cerebro, respectivamente. (Zhang et al, 2020)

- Mx Es imposible precisar metástasis a distancia.
- M0 No hay metástasis a distancia.
- M1 Con metástasis a distancia. (Greene et al, 2018)

2.2.1.3 Etapas Del Cáncer:

La etapa de un cáncer describe la extensión del cáncer en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, por lo que se puede encontrar:

Etapa 0: También se llama carcinoma in situ. El cáncer se encuentra solo en la superficie del epitelio. El cáncer no ha crecido hacia otras capas del estómago. Esta etapa se considera un cáncer temprano (Tis, N0, M0).

Estadio IA: El cáncer ha crecido hacia la capa interna de la pared del estómago. No se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a otros órganos (T1, N0, M0).

Estadio IB: Se denomina a cualquiera de estas 2 afecciones:

- El cáncer ha crecido hacia las capas internas de la pared del estómago. Se ha propagado a 1 o 2 ganglios linfáticos, pero no a otros lugares (T1, N1, M0).
- El cáncer ha crecido hacia las capas musculares externas de la pared del estómago. No se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a otros órganos (T2, N0, M0). (Greene et al, 2018)

Estadio IIA: Se denomina a cualquiera de estas afecciones:

- El cáncer ha crecido hacia la capa interna de la pared del estómago. Se ha diseminado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos, pero no a otros lugares (T1, N2, M0).
- El cáncer ha crecido hacia las capas musculares externas de la pared del estómago. Se ha diseminado a 1 o 2 ganglios linfáticos, pero no a otros lugares (T2, N1, M0).
- El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hasta el tejido conectivo fuera del estómago. No ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa ni se ha diseminado a ningún ganglio linfático ni a los órganos circundantes (T3, N0, M0). (Greene et al, 2018)

Estadio IIB: Se denomina a cualquiera de estas afecciones:

- El cáncer ha crecido hacia las capas internas de la pared del estómago. Se ha diseminado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos, pero no a otros lugares. (T1, N3a, M0).

- El cáncer ha invadido las capas musculares externas de la pared del estómago. Se ha diseminado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos, pero no a otros lugares (T2, N2, M0).
 - El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago, pero no ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa. Se ha diseminado a 1 o 2 ganglios linfáticos, pero no a otros lugares (T3, N1, M0).
 - El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hasta el tejido conectivo fuera del estómago. Ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa, pero no se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a los órganos circundantes (T4a, N0, M0).
- (Greene et al, 2018)

Estadio IIIA: Se denomina a cualquiera de estas afecciones:

- El cáncer ha crecido hacia las capas musculares externas de la pared del estómago. Se ha diseminado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos, pero no a otros órganos (T2, N3a, M0).
 - El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago, pero no ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa. Se ha diseminado a entre 3 y 6 ganglios linfáticos, pero no a otros órganos (T3, N2, M0).
 - El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hasta el tejido conectivo fuera del estómago. Ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa y se ha diseminado a 1 o 2 ganglios linfáticos, pero no a otros órganos (T4a, N1, M0).
 - El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago y ha crecido hacia órganos o estructuras cercanos. No se ha propagado a ningún ganglio linfático ni a partes distantes del cuerpo (T4b, N0, M0).
- (Greene et al, 2018)

Estadio IIIB: Se denomina a cualquiera de estas afecciones:

- El cáncer ha crecido hacia la capa interna de la pared del estómago o las capas musculares externas de la pared del estómago. Se ha diseminado a 16 o más ganglios linfáticos, pero no a partes distantes del cuerpo (T1 o T2, N3b, M0).
- El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago, pero no ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa. Se ha diseminado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos, pero no ha invadido ningún órgano circundante (T3, N3a, M0).
- El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago y ha crecido hacia el revestimiento peritoneal o serosa. Se ha propagado a entre 7 y 15 ganglios linfáticos, pero no se ha propagado a ningún otro lugar (T4a, N3a, M0).
- El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago y ha crecido hacia órganos o estructuras cercanos. Es posible que se haya propagado o no a entre 1 y 6 ganglios linfáticos, pero no a partes distantes del cuerpo (T4b, N1 o N2, M0). (Greene et al, 2018)

Estadio IIIc: Se denomina a cualquiera de estas afecciones:

- El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago y puede haber crecido hacia el revestimiento peritoneal o la serosa. Se ha diseminado a 16 o más ganglios linfáticos, pero no a partes distantes del cuerpo (T3 o T4a, N3b, M0).
- El cáncer ha crecido a través de todas las capas del músculo hacia el tejido conectivo fuera del estómago y ha crecido hacia órganos o estructuras cercanos. Se ha diseminado a

7 o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo (T4b, N3a o N3b, M0).

(Greene et al, 2018)

Estadio IV: Se describe un cáncer de cualquier tamaño que se ha diseminado a partes distantes del cuerpo además del área alrededor del estómago (cualquier T, cualquier N, M1).

(Greene et al, 2018)

Cáncer Recurrente: es un cáncer que ha regresado después del tratamiento. Puede ser una recurrencia localizada, lo que significa que ha regresado al lugar donde comenzó. O puede ser una metástasis distante, lo que significa que ha regresado a otra parte del cuerpo. (American Cancer Society, 2018)

2.2.1.4 Estrategias de Tratamiento

De manera que la clasificación y el estadio del cáncer gástrico determinaran el tratamiento. (Japanese Gastric Cancer Association., 2021) Se clasifica en 3 estrategias de tratamiento:

- **Enfermedad Localizada:** (<T2) Cirugía, plantear tratamiento endoscópico. Todo tumor menor a 2cm de profundidad sin afectación que pasa la submucosa. También se puede realizar gastrectomía parcial o total y linfadenectomía regional. Supervivencia del 70%. (Japanese Gastric Cancer Association., 2021)

- **Enfermedad Local Avanzada:** (>T2, no M1) Tumores más profundos sin metástasis.

Tratamiento curativo. 2 opciones:

- Cirugía + adyuvancia (quimioradioterapia).
- Quimioterapia perioperatoria (quimioterapia neoadyuvante + cirugía + quimioterapia adyuvante) generalmente utiliza: epirrubicina- cisplatino-

5fluorouracilo o 5FU en 3 ciclos previo a cirugía y 3 posteriores. (Japanese Gastric Cancer Association., 2021)

- **Enfermedad Metastásica:** (M1) quimioterapia, manejo sintomático. Supervivencia menor a un año, intención paliativa. En caso de sangrado digestivo se indica cirugía paliativa. (Cárdenas et al, 2021)

Con respecto al manejo quirúrgico, es la principal modalidad de tratamiento con intención curativa para el cáncer gástrico; sin embargo, hay que tomar en cuenta que algunas personas con esta patología como los que presentan metástasis o enfermedad muy avanzada no se les puede ofrecer un tratamiento curativo, para quienes se recomienda un tratamiento paliativo, el cual les proporcione calidad de vida. (Japanese Gastric Cancer Association., 2021)

Por otro parte, dentro de los manejos quirúrgicos del cáncer gástrico en etapa temprana es el tratamiento endoscópico, que incluye la resección endoscópica de la mucosa (EMR) /disección endoscópica de la submucosa (ESD) además, de la gastrectomía subtotal o total. (Wang et al, 2019)

2.2.2 Necesidades de la Persona Oncológica

Como se hace notar en la teoría de Virginia Henderson todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, son las mismas para todos los seres humanos, estas son cubiertas por el individuo cuando está sano. (Bellido et al, 2010) A diferencia de cuando la persona se encuentra pasando un proceso de enfermedad por cáncer, sus necesidades dependerán de la edad, el tipo de cáncer y su estadio.

Por estas razones son muchas las necesidades que experimenta la persona cuando se enfrenta a una patología como el cáncer, dentro de las necesidades percibidas por estos, se

encuentran divididas en cinco dominios: psicológico, sistema de salud e información, salud física y diaria, atención y apoyo a la persona y por último sexualidad. (Okamura et al, 2021)

Debido a que la persona oncológica por al diagnóstico, tratamiento el pronóstico de la enfermedad son propensos a experimentar crisis psicológicas, biológicas, sociales o de carácter espiritual. (Portella Ribeiro et al, 2016)

Aunado a esto, existe un riesgo significativamente mayor de ansiedad relacionada con la cirugía oncológica, se estima que enfrentarse a enfermedades oncológicas, aproximadamente el 24% de las personas experimentan trastornos mentales, y entre el 25% y el 50% de los individuos experimentan altos niveles de angustia emocional; ansiedad, depresión y trastornos del sueño. (Méndez-Meneses et al, 2019)

Siendo así que el cáncer por sí mismo, desencadenan una serie de reacciones emocionales y físicas que pueden aumentar el grado de ansiedad en la persona oncológica, probablemente cuando la persona es sometido a una cirugía oncológica o recibe quimioterapias por primera vez, suele presentar una serie de sensaciones traumáticas como miedo, soledad, dolor, angustia entre otros; por lo tanto, es indispensable que él o la profesional de enfermería detecten mediante los diagnósticos las necesidades de las persona oncológicas y además, establecer e implementar intervenciones de enfermería adecuadas a cada necesidad.

2.2.3 Protocolos de Quimioterapias

Los tratamientos terapéuticos para tratar el cáncer gástrico se basan en la cirugía combinada con quimioterapias. Las terapias farmacológicas contra el cáncer tienen por objetivo prolongar la vida o mejorar la calidad de vida. (Zhang et al, 2022)

La combinación de los fármacos quimioterapéuticos depende principalmente del estadio de la enfermedad. Siendo así que para enfermedades localmente avanzadas (clínicamente T2-4 o

ganglios linfáticos positivos), la cirugía se combina con quimioterapias neoadyuvantes o preoperatorias (Badie et al, 2022). Existe una variedad de regímenes como son:

- **2.2.3.1 Régimen FLOT:** compuesto por el docetaxel, oxaliplatino, 5-fluorouracilo y leucovorina; este régimen se aplica cada 14 días por 4 ciclos preoperatorio y 4 ciclos post operatorio. Dentro de los principales efectos secundarios que presenta este régimen se encuentran: neutropenia febril, náuseas, vómitos, diarrea, neuropatía periférica y mucositis oral. (Kumar Sah et al, 2020)
- **2.2.3.2 Regímenes ECF o ECX:** compuesto por epirubicina, cisplatino y 5-fluorouracilo o capecitabina respectivamente, este régimen se aplica cada 21 días 3 ciclos preoperatorio y 3 ciclos adyuvantes o post-operatorio. Eventualmente puede presentar los siguientes efectos secundarios: diarrea, estomatitis, eritema palmo-plantar (EPP), neuropatía periférica, toxicidad renal, sordera nerviosa de alta frecuencia y emesis. (Kumar Sah et al, 2020)
- **2.2.3.3 Régimen DCF Modificado Compuesto:** por docetaxel, cisplatino y 5-fluorouracilo cada tres semanas, durante un total de ocho ciclos. En cuanto a los efectos adversos asociados a este régimen, se encuentran: reacciones cutáneas, constipación, estomatitis y problemas visuales. (Ahmadzadeh et al, 2020)
- **2.2.3.4 Régimen FOLFOX:** combinado de 5-fluorouracilo, leucovorina y oxaliplatino, se aplica cada 14 días por 3 ciclos con radioterapia. Dentro de los principales efectos secundarios que presenta este régimen se encuentran: estomatitis, estreñimiento, leucopenia, náuseas y vómitos (Yong Oh et al, 2016)

Para estadios metastásicos, el tratamiento estándar actual en el entorno paliativo se basa en quimioterapias de primera línea y se combinan con terapia dirigida contra HER2 o

inmunoterapias contra PD-L1/PD-1 punto de control inmunológico dependiendo de su nivel de expresión. (Badie et al, 2022) Entre los regímenes se encuentran:

- **2.2.3.5 Régimen FOLFIRI:** conformado por irinotecán, leucovorina y 5-fluorouracilo; el cual se aplica cada 14 día. Eventualmente hay mayor riesgo de neutropenia febril y astenia (Fornaro et al, 2021)
- **2.2.3.6 Régimen conformado por Paclitaxel más Ramucirumab:** se aplica cada 28 días. Los efectos secundarios que puede ocasionar este régimen se encuentran: disminución del recuento de neutrófilos, diarrea, disminución del apetito y hemorragias (Fornaro et al, 2021)

En Costa Rica dentro de los esquemas farmacológicos utilizados para el tratamiento del cáncer gástricos se encuentran el esquema (ECF) Epirubicina, Cisplatino y Capecitabina, siendo administrada tres ciclos de quimioterapia antes de la resección quirúrgica y tres ciclos después de la cirugía. Siguiendo con los esquemas quimioterapéuticos, se encuentra el (FLOT) que incluye Docetaxel, Oxaliplatino y con Fluorouracilo infusión a corto plazo; otro régimen utilizado es el (FOLFOX) Oxaliplatino, Fluorouracilo infusional y Leucovorina y finalmente también se utiliza el Docetaxel+Cisplatino. (Poder ejecutivo, 2014)

Hoy en día, las opciones de tratamiento para el cáncer gástrico incluyen terapias farmacológicas que pueden ser: neoadyuvantes, adyuvantes o quimioterapias con intención paliativa; Asimismo, cuando las intenciones de tratamientos son curativas requerirán de la gastrectomía.

2.2.4 Gastrectomía:

Con relación a la gastrectomía total y distal con linfadenectomía D2 es actualmente el procedimiento quirúrgico recomendado para personas que sufren un cáncer gástrico resecable, la

elección entre ellas recae en que la operación estándar son gastrectomía total, se recomiendan en presencia de afectación ganglionar o tumores T2 a T4 a y gastrectomía subtotal se puede realizar cuando se logra un margen libre de cáncer proximal mínimo de 2 a 5 cm, según la profundidad de la infiltración y el patrón de crecimiento del cáncer. (Wang et al, 2019)

De manera que sea gastrectomía subtotal o total existen dos técnicas quirúrgicas la gastrectomía laparoscópica y la gastrectomía con técnica abierta; independientemente de la técnica quirúrgica se realizan las mismas fases de la cirugía, el primer paso en la exploración de la cavidad abdominal, seguidamente se realizan las fases esenciales de disección, se divide el ligamento gastrocólico a lo largo del borde del colon transverso, se realiza la disección del epiplón mayor izquierdo para extirparlo 'en bloque' con el estómago, y los ganglios linfáticos. (Japanese Gastric Cancer Association., 2021)

Asimismo, la sección del duodeno se realizó con una grapadora lineal (dispositivo de grapado de 45 mm o 60 mm) de 1 a 2 cm distalmente al píloro. Se secciona el epiplón menor y se continuó la disección hacia la derecha a lo largo de la arteria gástrica derecha, y luego se realiza el método Roux-en Y o Billroth-II para la reconstrucción. (Best et al, 2016)

Del mismo modo, la técnica quirúrgica de la gastrectomía laparoscópica consiste con el dióxido de carbono (CO₂) se creó un neumoperitoneo de ~12 mm Hg mediante insuflación a través de la técnica de Hasson supraumbilical abierta o aguja de Veress insertada en el punto de Palmer, con el individuo colocado en decúbito supino, posición de Trendelenburg invertida, con el cirujano que opera entre las piernas del o la usuaria. (Best et al, 2016)

Por tanto, después del establecimiento del neumoperitoneo y la introducción del puerto de la cámara, los puertos de trabajo y los puertos de asistencia se introducen bajo visión laparoscópica. El tipo y colocación de trocares, número de puertos y ubicación de la incisión de

mini laparotomía para la extracción de la pieza resecada son discretionales, dependerán de las características clínicas de los individuos. (Caruso et al, 2022)

A diferencia de la gastrectomía abierta: el acceso quirúrgico a la cavidad abdominal (y por lo tanto al estómago) se realiza mediante una incisión en la línea media superior, una incisión subcostal bilateral o una incisión transversal abdominal. Se realiza la anastomosis que restaura la continuidad del tracto gastrointestinal. (Best et al, 2016)

En vista de lo anterior, se prefiere la cirugía laparoscópica a la cirugía abierta, la razón se debe a la disminución del dolor, la disminución de la pérdida de sangre, la estancia hospitalaria más corta, la recuperación posoperatoria más temprana. (Caruso et al, 2022)

Teniendo en cuenta, que la gastrectomía por cáncer gástrico posee una alta tasa de complicaciones leves o graves por lo compleja que es la cirugía, siguen ocasionando problemas clínicos importantes debido a sus efectos negativos sobre los resultados funcionales y oncológicos, sin embargo, las cirugías mínimamente invasivas como la gastrectomía laparoscópica, ha contribuido a reducir las posibles complicaciones. (Best et al, 2016)

Dentro de las principales complicaciones de la gastrectomía ya sea laparoscópica o técnica abierta son las siguientes:

- Fuga anastomótica.
- Recolección de líquido intraabdominal.
- Sangrado intraabdominal.
- Estenosis anastomótica.
- Neumonía (Caruso et al, 2022)

Dado que las complicaciones de un adulto tratado por gastrectomía están relacionadas con diferentes factores de riesgo, unos asociados con comorbilidades de la persona y otros que

tienen que ver con la técnica quirúrgica. (Caruso et al, 2022) Aunado a ello, la gastrectomía por cáncer tiene una alta tasa de mortalidad postoperatoria que ronda entre el 0,1 al 13%, e incluso hasta el 17,7%, dependiendo de la ubicación geográfica. (Ning et al, 2023)

Por estas razones el preoperatorio desempeña un papel preponderante en el proceso quirúrgico dado que este incide en las complicaciones que se puedan presentar en el posoperatorio. Por lo tanto, se hace necesario construir un plan de cuidados interdisciplinario que visualice el proceso quirúrgico de manera transversal y promueva acciones que permitan controlar los factores de riesgo y las complicaciones posoperatorias que podrían ser prevenibles, así como que disminuya la mortalidad. (Leiva-Morales, 2021)

De tal manera, que a nivel mundial se emplean estrategias para disminuir las posibles complicaciones de cirugías riesgosas como la gastrectomía, existe un protocolo denominado ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) que cumple dicha función.

2.2.5 Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)

Teniendo en cuenta, la Sociedad ERAS ha desarrollado un modelo de práctica perioperatoria para mejorar la recuperación de las personas que se someten a cirugía gastrointestinal, incluida la gastrectomía y la cirugía colorrectal.

De ahí que el efecto, ha demostrado que su uso en gastrectomías mejora la recuperación posoperatoria y reducen las complicaciones posoperatorias, la duración de la estancia en el hospital y los costos médicos después de la cirugía por cáncer gástrico. (Tian et al, 2020)

En cuanto a los protocolos utilizan enfoques multidisciplinarios, anestesia, enfermería, terapia física entre otros, del mismo modo multimodales para la atención perioperatoria que incluyen un tiempo de ayuno corto, protocolo de suplementos nutricionales durante 5 a 7 días, se permitió a los individuos mantener dietas orales normales hasta la medianoche y la ingesta de

solución de carbohidratos hasta 2 horas antes de la cirugía, restricción de líquidos por vía intravenosa, la compresión neumática intermitente se utilizó como profilaxis de trombosis, asimismo, alimentación oral temprana, movilización inmediata y analgesia adecuada.

(Weindelmayer et al, 2021)

Por su parte, las sondas en este protocolo consistieron en retirar la sonda nasogástrica dentro de las 6 horas posteriores a la cirugía, retirar el catéter urinario y el monitoreo electrocardiográfico dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía, y no más de 1 drenaje y retirar el drenaje dentro de las 72 horas posteriores a la cirugía. El uso del protocolo ERAS disminuye la estancia hospitalaria post operatoria a un aproximado de 6 días. (Yanrui Liang et al, 2021)

Dentro de las pautas que brinda el protocolo ERAS, ya propiamente para la gastrectomía distal, total y proximal se encuentran las siguientes:

- Retiro de sonda nasogástrica, en el día postoperatorio 1
- Inicio de la ingesta de líquidos por vía oral, en el día postoperatorio 1
- Inicio de la ingesta de alimentos sólidos postoperatorios días 2-4
- Administración profiláctica de antibióticos, solo el día de la cirugía.
- Retiro del catéter urinario, antes o en el día postoperatorio 3.
- Retiro de drenajes intraabdominales, antes o en el día 5 postoperatorio.
- Alta del hospital, días postoperatorios 8-14. (Asociación Japonesa de Cáncer Gástrico, 2023)

Uno de los puntos, mas importantes del protocolo ERAS consiste en explicar completamente cada protocolo y el propósito del mismo, tanto antes de la cirugía como después, para que la persona pueda adquirir conocimientos en su recuperación; extender las pautas ERAS

a la fase previa a la cirugía, para que los individuos puedan estar preparados emocional, psicológica y físicamente para la cirugía en temas como la deambulaci3n orientada a objetivos en los d3as postoperatorios 1 a 4. (Gillis et al, 2017)

En s3ntesis, son muchos los beneficios que trae el uso del protocolo ERAS en las personas oncol3gicas, en la actualidad se est3 investigando que las intervenciones ERAS se asociaron con una tasa de supervivencia espec3fica del c3ncer a 5 a3os. (Tian et al, 2020)

Parte fundamental del 3xito del protocolo ERAS, es el trabajo interdisciplinario, la enfermer3a oncol3gica juega un papel crucial, pues es mediante los cuidados y la educaci3n que brindan las y los profesionales de enfermer3a que se logra que la persona oncol3gica entienda y aplique los conocimientos dados por el equipo multidisciplinario.

Por esta raz3n los estudios internacionales han demostrado que las y los profesionales de enfermer3a juegan un papel fundamental para superar las barreras para la implementaci3n y el cumplimiento de las personas oncol3gicas en el proceso ERAS, un equipo de enfermer3a preparado para la educaci3n del manejo del dolor, manejo de funci3n de 3rganos, movimiento y rehabilitaci3n, adem3s, de la nutrici3n y por 3ltimo, del manejo psicol3gico de las y los clientes, los cuales estaban alineados con los cuatro objetivos propuestos por el modelo ERAS (menos dolor, movimiento temprano, regreso temprano a la dieta normal y tranquilidad). (Xie et al, 2021)

Teniendo en cuenta las personas que se someter3n a un proceso quir3rgico, tienen mucha incertidumbre y dudas sobre la cirug3a, por lo que la relaci3n terap3utica profesional de enfermer3a-paciente, es fundamental para abordar esta deficiencia de informaci3n, invertir en educaci3n preoperatoria como herramienta para la evaluaci3n y planificaci3n de intervenciones de acuerdo a la individualidad y las necesidades de la persona; reduciendo considerablemente el

impacto emocional de los cambios posquirúrgicos, mejorando el autocuidado durante la estancia hospitalaria. (Breda & Cerejo, 2021)

2.2.6 Enfermería Oncológica

Las y los profesionales de enfermería de oncología, juegan un papel fundamental en la atención del cáncer, desde los diferentes roles que desempeñan, como la capacitación a otros colegas, la educación, la práctica de atención directa en aplicación de quimioterapias y radioterapias en personas hospitalizados, ambulatorios, en cuidados paliativos en el hogar, y, asimismo, aquellos que se dedican a la investigación del cáncer. (So-Shan Mak, 2019)

Como resultado del creciente número de personas que reciben un diagnóstico de cáncer, la enfermería oncología ha ampliado sus competencias a los tres niveles de atención, en el primer nivel, donde se aplica la prevención principalmente, mediante la educación terapéutica; el segundo nivel en la aplicación de tratamientos del cáncer. El tercer nivel se enfoca en la revisión, manejo y seguimiento de los síntomas.

De acuerdo con lo anterior, el cuidado de la enfermería oncológica eficaz y capacitado está en un proceso de cambio a nivel internacional, ya que a través de ella se puede brindar atención durante todo el proceso del cáncer, desde la prevención, la detección temprana, diversas modalidades de tratamiento, recuperación de la salud y/o proporcionando una muerte digna. (Ohene Oti et al, 2021)

Debidos a los cambios, que en general el mundo ha vivido en los últimos años por la pandemia del COVID-19, la enfermería oncológica en muchos lugares ha tenido que actualizarse y prestar muchos de sus servicios de manera virtual, para prevenir riesgos de complicaciones de salud de esta población tan vulnerable.

2.2.7 Tele-Enfermería Oncológica

Kamei define tele-enfermería “como actividades de enfermería proporcionadas a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y las telecomunicaciones” (2022, pág. 1) Enfermería es una de las disciplinas que se adapta a la comodidad de las personas especialmente aquellas con cáncer y a sus cuidadores por lo que emplean el uso de tecnología de telecomunicaciones (tele-enfermería), que brinda servicios de enfermería, como capacitación en línea, a través del uso de tecnologías como teléfonos, computadoras, herramientas de monitoreo remoto e internet. (Shohani et al, 2018)

Un punto a tener en cuenta es que la tele-enfermería oncológica proporciona una atención integral, los clientes reciben tratamiento en forma de educación, asesoramiento, autocuidado sobre información relacionada con el cáncer, además, de las opciones de tratamiento y los efectos secundarios de los mismos. (Komariah et al, 2021)

Dentro de los beneficios que la tele-enfermería oncológica proporciona se encuentran brinda atención de apoyo de bajo costo y mejorar la relación entre las personas oncológicas y las y los profesionales de enfermería, además, se eliminan las barreras de tiempo y espacio para acceder a la atención del cáncer. La comunicación telefónica reduce el número de hospitalizaciones, mejora la educación, promueve el autocontrol y, en última instancia, mejora la calidad de la atención de la persona. (Ebrahimabadi et al, 2021)

2.3 Marco Empírico

En este apartado, se documentan los datos empíricos recogidos tras una exhaustiva revisión bibliográfica con el tema de esta propuesta; tanto nacionales como internacionales, con la intención de conocer los aportes que han hecho las y los profesionales de enfermería sobre el

cuidado humanizado de enfermería, prestando especial atención aquellos que se realizaron en poblaciones oncológicas.

En este sentido, existen relativamente pocos estudios nivel nacional y, por su parte a nivel internacional, en el mundo si existen suficientes. Sin embargo, no se encuentra algún reporte de un programa con el enfoque, humanización del cuidado en población oncológica con cáncer gástrico, que es que se desea en esta práctica dirigida.

2.3.1 Internacionales

En el ámbito internacional se han publicado diferentes artículos conceptualizando lo que constituye la práctica del cuidado humanizado, desde las percepciones del cuidado humano, hasta las competencias y habilidades requeridos para aplicarlos.

La revista Investigación Educación Enfermería, publicó un artículo denominado “Humanized Care from the Perception of Oncology Patients from Southern Chile”, de (Navarrete et al, 2021) el cual tenía por objetivo, determinar la percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en personas internados en un Departamento de Hemato-Oncología.

Para su realización se llevó a cabo un estudio transversal analítico realizado con 51 personas del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Base Valdivia, durante el cuarto trimestre de 2019. El estudio se trabajó con una población diana, los instrumentos utilizados incluyeron un cuestionario creado para este estudio, para obtener información del entorno sociodemográfico y clínico y, además, el instrumento de Percepción sobre Comportamientos del Cuidado de Enfermería Humanizado 3ª versión (PCHE V3).

Este estudio realizó un análisis estadístico descriptivo y de asociación de las variables de estudio, con cálculo de media, mediana, moda y desviación estándar para determinar la

percepción del cuidado humanizado brindado por los profesionales de enfermería a las 51 personas hospitalizados.

Dentro de sus principales resultados se encuentran, en 30 de los 32 ítems del instrumento, > 90% de los participantes evaluaron el cumplimiento de la conducta de cuidar en nivel de “siempre”. Por categorías, los días de hospitalización se asociaron significativamente con la categoría “Disposición a cuidar” detectándose puntuaciones más bajas.

Partiendo del tema de la percepción de cuidado humanizado, la revista *Front Public Health*, publicó el artículo de (Meneses-La-Riva et al, 2021) denominado “Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles”, con el objetivo de encontrar evidencia científica sobre el cuidado humanizado desde la perspectiva de los y las profesionales de enfermería y las personas hospitalizadas.

Las y los investigadores lo realizaron con una revisión sistemática exploratoria de 26 artículos publicados en revistas científicas de alta calidad desde 2016 hasta 2020 utilizando la metodología PRISMA.

A las conclusiones, que llegaron luego de analizar los artículos, el cuidado humanizado es una forma de vida que asume el o la profesional de enfermería con el fin de identificar las necesidades, expectativas y demandas de salud de las y los individuos. En consecuencia, es fundamental que esto perciban personal altamente calificado con quien pueda mantener vínculos de confianza durante todo el proceso salud-enfermedad, teniendo en cuenta la disposición, compromiso, cordialidad, amabilidad, lenguaje sencillo y disponibilidad de atención de la persona. Sin embargo, las y los enfermeros y las personas usuarias perciben la necesidad de

remover las barreras que limitan el avance del cuidado humanizado en las instituciones hospitalarias.

Ahora bien, para brindar cuidados humanizados es necesario que las y los profesionales de enfermería tengan habilidades y actitudes, por lo que en este sentido (Belo Fernandes et al, 2022) publicaron un artículo denominado “Nursing interventions that humanise care for patients affected by COVID-19 in isolation units: An integrative review. Infect Dis Health”. Cuyo objetivo fue identificar intervenciones de enfermería que puedan humanizar la atención a las personas afectados por COVID-19 en unidades de aislamiento.

La revisión mostro, seis categorías de intervenciones (estrategias de comunicación, comodidad psicológica, toma de decisiones compartida, educación del individuo, comodidad física y manejo de síntomas) utilizarla asegura una atención humanizada.

En conclusión, establecer una comunicación eficiente entre las y los profesionales de enfermería, las y los usuarios y sus familias es fundamental para la humanización de la atención, proporcionando información valiosa sobre las situaciones, perspectivas y sentimientos. Siendo fundamental para establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, que fomente la toma de decisiones compartidas, con el objetivo de humanizar los cuidados.

Similar a este estudio, se encontró un artículo denominado “Improving Humanization Skills through Simulation-Based Computers Using Simulated Nursing Video Consultations”, realizado por (Jiménez-Rodríguez et al, 2022). El cual tenía por objetivo evaluar los efectos de la formación basada en simulación virtual en el desarrollo y cultivo de competencias de humanización en estudiantes de graduación en enfermería.

Se efectuó mediante un estudio cuasi-experimental a 66 estudiantes utilizando un diseño de pre-prueba y post-prueba, se utilizó un cuestionario validado para evaluar la adquisición de

competencias de humanización, denominado la Escala de Humanización del Profesional Sanitario (HUMAS), los resultados que se obtuvieron fueron las videoconsultas de enfermería simuladas promueven principalmente el desarrollo de habilidades (principalmente habilidades de comunicación, escucha activa, presencia, empatía y trabajo en equipo)

De manera, que el confinamiento de COVID19 permitió la innovación de nuevas técnicas como las videoconsultas de enfermería, donde se logró conseguir una adaptación de las personas y de los y las estudiantes a su nueva situación, promoviendo las competencias de humanización, además, de suscitar la empatía entre la relación enfermera-paciente.

Desde una perspectiva distinta a la que se han basado los artículos anteriores, la revista PLOS ONE, publicó el artículo de (Molero Jurado et al, 2021) denominado “Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses” tuvo como objetivo estudiar el efecto que tiene la humanización del cuidado y la comunicación sobre el síndrome de burnout en el personal de enfermería.

Para su realización se llevó a cabo un estudio transversal, conformada por 338 profesionales de enfermería, con muestreo de bola de nieve realizado en redes sociales, los instrumentos analíticos utilizados fueron la Escala de Humanización del Profesional de la Salud (HUMAS), el Inventario de Estilos de Comunicación Revisado (CSI-R) y el Cuestionario Breve de Burnout Revisado (CBB-R), los datos se computan bajo un criterio de análisis paramétrico y rotación Promin.

Dentro de los sus principales resultados se encontraron en primer lugar, con respecto a la relación entre las dimensiones de humanización y los estilos de comunicación, los resultados mostraron la estrecha asociación negativa entre las dimensiones del HUMAS relacionadas con el afecto y un estilo de comunicación basado en la agresividad verbal, el cuestionamiento y la

emotividad. Por lo tanto, cuando los y las enfermeras tenían puntajes bajos en afecto, se asociaron sobre todo con puntajes altos en agresividad verbal, cuestionamiento y emotividad. Además, cuanto más altas eran las puntuaciones en optimismo y autoeficacia, mejor era el clima social.

En relación con el presente programa, la autora considera que es de vital importancia evaluar antecedentes empíricos relacionados con cuidado humanizado en poblaciones oncológicas, por lo que en este sentido (Anacleto et al, 2020), realizaron en Brasil una revisión integradora de la literatura denominada “Cuidado de enfermería humanizada en paciente oncológico”, el objetivo del mismo fue verificar cómo el equipo de enfermería promueve la atención humanizada a las personas con cáncer, tras el análisis de 16 artículos.

En este sentido, llegaron a la conclusión que los factores que promueven el cuidado humanizado son: la valoración de la persona en todas sus dimensiones (biopsico-socio-espiritual), es decir, como la unión del cuerpo, la mente y el espíritu, por otra parte, estableciendo buenas relaciones, con comunicación efectiva y vínculos entre profesionales, persona con cáncer y familiares; del mismo modo, satisfaciendo las necesidades globales del individuo, de esta manera se crearon vínculos con la persona y su familia; Además, de mantener el respeto por la individualidad, autonomía y particularidades de la persona con cáncer y sus necesidades espirituales y de fe.

Otro aspecto fundamental en el cuidado humanizado, las personas oncológicas lo encontraron en la infraestructura del hospital porque, a través de la comodidad, individualidad y autonomía en el ámbito hospitalario, las y los usuarios y sus familias, en el proceso de enfermedad del cáncer se sienten bienvenidos y satisfechos con la atención brindada, por el equipo multidisciplinario.

Continuando con el mismo orden de ideas, (Martos Enrique et al, 2020), publicaron un artículo denominado “La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica”. Los objetivos del mismo, mostrar los beneficios del uso de la empatía por parte de los enfermeros en el cuidado de los niños oncológicos, además, de valorar la utilidad de la empatía en el trato con las familias e identificar las barreras con las que se encuentran los enfermeros al aplicar la empatía.

Lo efectuaron realizando una búsqueda bibliográfica entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. Inicialmente, los resultados que se obtuvieron fueron los efectos psicológicos y emocionales adversos asociados al cáncer y la dificultad para hacerles frente, hacen que los profesionales de enfermería se expongan de forma continua a sentimientos de ira, miedo y sufrimiento, provocando que muchas veces los profesionales no sean empáticos con los niños con cáncer, el uso de esta capacidad facilita la elaboración de estrategias de juego y entretenimiento que permiten minimizar las experiencias de dolor asociadas al cáncer a los que son sometidos las y los niños y sus familias.

Del mismo modo (Ulloa Marquin et al, 2019) realizaron un estudio, denominado “Cuidado humanizado de enfermería al paciente con enfermedad terminal”, el cual tenía por objetivo determinar la percepción de la persona con enfermedad oncológica en estado terminal sobre el cuidado humanizado de enfermería en una clínica ubicada en Florencia, Caquetá, a través de la teoría del cuidado de Jean Watson.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo-descriptivo de corte transversal, con una muestra de estudio de 66 personas con enfermedad oncológica en estado terminal, utilizaron una la escala Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE).

A las conclusiones que llegaron en este estudio, en los apartados sobre cuidado humanizado, dentro de las acciones que evidenciaron una percepción fueron el hecho de que el personal de enfermería les hizo sentir como personas, mediante un trato amable y las demostraciones de respeto hacia sus creencias y valores que les hicieron sentirse bien atendidos.

Por otro lado, a las personas con cáncer, que participaron en el estudio, el hecho de que el personal de enfermería les dedicara tiempo para aclararles las inquietudes y les explicaron previamente los procedimientos, les mostraba seguridad en un cuidado humanizado. Así mismo, cuando del personal de enfermería les brindaba comodidad durante la hospitalización y los llamaban por su nombre y respetaban su intimidad.

Finalmente, resulta fundamental conocer el uso de la teoría de Watson en procesos de enfermería de personas con cáncer, de esta manera la revista Enfermería Universitaria, publicó el artículo de (Hernández, 2016) denominado “La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano”. El cual tenía por objetivo ofrecer un cuidado holístico a mujeres con cáncer de mama ajustado a las condiciones individuales de cada persona, los principios orientadores del programa están contemplados en la teoría de cuidado humano de Jean Watson y como herramienta metodológica la del proceso de atención de enfermería.

El programa es liderado por una docente del área materno infantil con el apoyo de estudiantes que cursan séptimo semestre de enfermería; en él se aplica el proceso de atención de enfermería abordado a la luz de la teoría de Cuidado Humano de Jean Watson, se hace énfasis en tres de los diez procesos Caritas: 1) infundir fe y esperanza, 2) ser sensibles a sí mismo y a otros por fomentar las prácticas y creencias individuales, y 3) promover y aceptar los sentimientos positivos y negativos.

Para la realización se brindaba consejería y seguimiento individual a cada una de las mujeres, acorde a sus necesidades y en las diferentes etapas del tratamiento, además se proporciona un grupo de apoyo a través de encuentros grupales donde se tratan temas como: autoestima, alimentación en personas oncológicas, ejercicio físico y comunicación asertiva.

La evaluación del nivel de satisfacción del cuidado de enfermería brindado a las mujeres se aplicó la encuesta Caring Assessment Instrument (Care-Q). En donde se encontró que el 100% de las mujeres participantes se encuentran satisfechas con los cuidados brindados.

Partiendo del mismo tema, la Revista Enferm IMSS, publico el artículo de (Zavala-Pérez et al, 2014), denominado “Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama” el cual tenía de objetivo de implementar un proceso de enfermería transpersonal con base en los 10 procesos de cuidado del caring a una mujer con cáncer de mama.

Para su realización, la valoración se efectuó un mapa de cuidados con base en el estudio fenomenológico de la persona; se determinaron siete diagnósticos con la taxonomía NANDA Internacional, Inc.; los planes de cuidado se formularon con las taxonomías NOC y NIC; la guía para la definición de intervenciones de enfermería estuvo constituida por los 10 procesos de cuidado y para describir la experiencia en la aplicación de esos 10 procesos del caring se utilizó la narrativa.

Dentro de sus principales diagnósticos, en el PCC1 la empatía fue un valor que se puso en práctica para el cuidado de las mujeres con cáncer de mama, en el PCC2 se aplicó la escala valorativa del diagnóstico de enfermería denominada sufrimiento espiritual, de manera que el PCC3 permitió la expresión de los sentimientos y la disposición de escucha y comprensión y por su parte el PCC4 consistió en lograr una relación de ayuda y de confianza.

Ahora bien, en el PCC5 se basó en alentar a la persona a que expresara, sin juzgar, todo lo bueno y lo malo de su experiencia, en el PCC6 se hizo uso del proceso de enfermería y los planes de cuidado con la interrelación NANDANOC-NIC, en el PCC7 se implementó la educación en salud acorde a las condiciones de la persona, en el PCC8 se identificó en el entorno los elementos que ayudaran a mejorar la salud, con el PCC9 se fomentó a la usuaria una conciencia sobre su autocuidado, y por último, con el PCC10 se consiguió ayuda mutua para encontrarle significado a la experiencia de vivir con cáncer de mama. A los resultados que llego este estudio es que la mujer alcanzo armonía entre mente, cuerpo y espíritu.

En general, estos estudios indican que a nivel mundial, se investigan las prácticas del cuidado humanizado en lo que respecta a habilidades, competencias de las y los profesionales de enfermería, así como a la percepción que le dan las y los usuarios del cuidado brindado. Asimismo, se han realizado estudios de casos, con el uso de la teoría del cuidado humano en procesos de enfermería.

Dentro de las estrategias que se utilizan a nivel mundial para brindar cuidado humanizados, se encuentran el desarrollo de actitudes, conocimientos, habilidades y comportamientos, en estudiantes y profesionales de enfermería.

Los desafíos para desarrollar programas para humanizar el cuidado son muchos, ya que la humanización es una construcción dinámica, individualizada y compleja, que requiere que las y los profesionales de enfermería desarrollen actitudes, conocimientos, habilidades y comportamientos asociados con la humanización del cuidado.

Curiosamente, se observó que la práctica del cuidado humano de la teoría de Watson requiere estrategias relativamente sencillas por parte de las y los profesionales como la escucha

activa, la empatía, la comunicación, el respeto a las creencias, el trato amable y acciones como la poca comunicación puede ser calificado como práctica deshumanizada.

2.3.2 Nacionales

Con relación a evidencia científica, se efectuó una búsqueda exhaustiva de investigaciones relacionadas con el cuidado humanizado realizadas en nuestro país. Se incluyen publicaciones de artículos y tesis de diversas bases de datos. Sin embargo, son muy pocos los estudios que hay del tema y, además, no hay estudios que se relacionen de forma directa con programas para humanizar el cuidado en la población oncológica.

De manera, que el Repositorio Kérwá de la Universidad de Costa Rica público el TFIA de (Granados Fernández & Sánchez Granados, 2022) , denominado “Experiencia del cuidado de enfermería durante el post operatorio de las usuarias del servicio de ginecología de un hospital privado de Costa Rica”.

El cual tuvo por objetivos analizar la experiencia del cuidado de enfermería por parte de las usuarias del servicio de ginecología, durante el proceso post operatorio en un hospital privado costarricense, asimismo, analizaron la interacción enfermera- paciente, exploraron la relación transpersonal de cuidado y el significado del momento de cuidado para las usuarias del servicio de ginecología.

La metodología que utilizaron fue una investigación es de tipo cualitativo descriptivo, a 13 usuarias en un bimestre del año 2020, emplearon 2 entrevista semiestructuradas, una con datos sociodemográficos y otra con la vivencia de interacción enfermera- paciente, la relación transpersonal de cuidado, y la última parte, con datos momento de cuidado.

Posterior a su intervención las autoras concluyeron que la atención brindada durante el proceso postoperatorio se considera humanizada e incluso individualizada, donde existe una

conexión que va más allá de las preocupaciones físicas, donde se aplica la empatía, esto ocurre debido a la relación enfermera-paciente que se aplicó.

De la misma manera, ellas consideraron que uno de los factores más influyentes en las percepciones del cuidado es la experiencia vivida tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Por esta razón, los profesionales de enfermería deben ser capaces de comprender e ir más allá del cuidado físico y biológico en la relación enfermera-paciente.

Similar a este estudio se encontró, uno publicado por el Repositorio Sibdi de la Universidad de Costa Rica, publicado por (Arias Corella et al, 2021), el cual tiene por título “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado”. El objetivo del mismo de analizar la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de Enfermería en las personas hospitalizadas en un hospital privado.

Para realizarlo efectuaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 42 personas, a quienes se les envió por correo el instrumento digitalizado PCHE3, la información obtenida se procesó en las hojas de cálculo de Microsoft Excel. En general, los datos obtenidos, de acuerdo con las personas participantes, el cuidado humanizado se ha percibido “casi siempre”.

Los resultados muestran los ítems con mayor porcentaje son los que tienen que ver con la confianza, tono de voz al momento de explicar los cuidados y la tranquilidad que le hacen sentir cuando se le acompaña. Por otra parte, respecto al ítem identificarse según su cargo y brindar el nombre antes de realizar un procedimiento, así como llamar a la persona por su nombre, preguntar por su estado de ánimo y la identificación de sus necesidades es de los que obtuvo peor puntaje.

Desde una perspectiva distinta a la que se han basado los otros TFIA, se encuentra el estudio de (Rodríguez Ortega, 2021), denominado “programa de atención humanizada en enfermería pediátrica neonatal para replantear el concepto del neonato y neonata como persona en los y las profesionales de enfermería, del servicio de neonatología del Hospital San Juan de Dios”. El cual tuvo como objetivo desarrollar un programa de atención humanizada para replantear el concepto del neonato y neonata como persona en los y las profesionales de enfermería, del Servicio de Neonatología del Hospital San Juan de Dios.

La investigación la llevó a cabo a través de una investigación aplicada, en la que utilizó la entrevista a profundidad y entrevista semiestructurada, a 14 profesionales de enfermería fijos del servicio, una vez que obtuvo el diagnóstico de la situación, diseñó un programa educativo de enfermería dirigido a la humanización del cuidado brindado a la población neonatal, por el confinamiento de COVID19 lo elaboró mediante un entorno virtual.

Con relación a los resultados con respecto al cuidado humanizado se observó que existe dificultad para brindar cuidado humanizado debido al exceso de trabajo y a la inopia de personal, lo que origina no poder educar a las familias, esto no permite llevar a cabo cuidados centrados en la familia, además, se concluyó que sí hay conocimiento de lo que es un cuidado humanizado, pero al personal se le dificulta ponerlo en práctica al momento de brindar la atención.

Continuando con el mismo orden de ideas, (Pichardo Meza & Zúñiga Rodríguez, , 2012) expone un artículo denominado “Atención de Enfermería brindada a jóvenes en dos centros de salud comparado con la Teoría de Watson”. El cual tenía por objetivo presentar los resultados de un estudio comparado entre la teoría de Jean Watson y la atención que brinda la enfermera o el enfermero a los adultos jóvenes en la Clínica de Control del Dolor y Cuidado Paliativo y en el Servicio de Onco-hematología del Hospital Max Peralta en Cartago.

Para la realización de dicho estudio las autoras ejecutaron una investigación mixta de tipo paralelo con triangulación, durante los meses de julio y agosto del 2011, a un total de 26 personas; Los instrumentos utilizados para la recopilación de información fueron: un cuestionario auto-administrado divididas en dimensiones: socio-demográfica, laboral, emocional, espiritual, dolor y humanista. Además, se utilizó una entrevista semiestructurada, relacionadas con: experiencias de vida en cuanto a la enfermedad, la percepción del cuidado proporcionado por el personal de Enfermería y la calidad de vida.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron en esta investigación, los y las profesionales de enfermería desconocen la teoría del cuidado humano, sin embargo, la mayor parte de los postulados planteados por la teórica de Watson se hace presente en la atención que brindan. Referente a la percepción que tienen las personas adultas jóvenes con respecto al cuidado proporcionado por el personal de Enfermería, Las personas percibieron una intervención escasa o nula, por parte del personal, en el afrontamiento de los cambios surgidos con la aparición de la enfermedad, así como una intervención insuficiente con su grupo familiar.

La atención que brindan los y las profesionales de enfermería incorporó la mayor parte de los postulados de la Teoría del Cuidado Humano. Los elementos “Desarrollo de una relación de ayuda confianza” y “Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal” fueron incluidos de forma parcial, ya que la intervención brindada se enfocaba, principalmente, en el manejo del dolor, los postulados “Infundir fe y esperanza” y “Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales” los usuarios la consideraron ausentes en la intervención.

Finalmente, (Rodríguez - Artavia, 2011) realiza a manera de reflexión un artículo denominado “Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la

filosofía de Emmanuel Levinas”. El cual pretende definir a través de cuáles prácticas, el cuidado se ha transformado en la esencia de la enfermería.

El autor considera que a las y los profesionales de enfermería se les encomienda una gran cantidad de tareas rutinarias, convirtiéndolos en una especie de máquina programada para producir trabajo colectivamente, olvidándose del cuidado humano. Además, añade que parte del trato deshumanizado se da cuando se llama a los(as) usuarios(as) por el número de la cama en la que se encuentran, o por el nombre de la patología que estén presentando, a lo que concluye que estas acciones van distorsionando el carisma y la esencia de enfermería. Añade que es importante en la práctica de enfermería reflexionar, esto con el fin de recapacitar si la sobrecarga de trabajo está interfiriendo en la deshumanización.

Al analizar la evidencia científica de nuestro país, se pudo observar, que a nivel nacional parece que ha existido poco interés por abordar la temática del cuidado humanizado, ya que no se encontraron artículos que analicen las competencias de cuidado humanizado ni mucho menos procesos de enfermería de personas con enfermedad oncológicas desde la teoría de Watson, por lo que se ha demostrado la necesidad de intervenir la atención que se le brinda a la población oncológica, ya que refuerzan la existencia de una necesidad por mejorar la atención y los cuidados que se le brindan a las personas oncológicas y más específicamente a las personas portadoras de cáncer gástrico.

2.4 Marco Legal

En este apartado fue necesario revisar la legislación jurídica de Costa Rica relacionada con el cáncer gástrico y el cuidado o atención humanizada. No se encuentra legislación específica sobre la atención humanizada del cáncer en el país, no obstante, si existen legislaciones para la prevención y detección temprana de esta enfermedad.

En el Decreto Ejecutivo 33271 de la (Constitución Política de la República de Costa Rica, 2021), en el Artículo 2º Declarar de interés público y nacional el problema que representa el cáncer y delegar en el Consejo la asesoría sobre la organización, coordinación y planificación de la atención integral de este problema de salud pública, en todas las instituciones públicas y privadas.

Por su parte, el Ministerio de Salud enfatiza “Con respecto al cáncer gástrico se han desarrollado proyectos en el grupo de edad de 50 a 74 años a partir del 2015, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018, y posteriormente se le dio continuidad en el PND 2019-2022”. (2021, pág. 55) Del mismo modo, se desarrolló un proyecto para el diagnóstico oportuno en las áreas de salud adscritas al Centro de Diagnóstico Temprano de cáncer gástrico de Cartago, Corredores y Puntarenas (Ministerio de Salud de Costa Rica., 2021)

Así mismo, el Ministerio de Salud declara mediante el Decreto 11148-SPPS la creación “Comisión Nacional de Cáncer Gástrico, encargada de estudiar, investigar, coordinar y sugerir al Ministerio de Salud, acciones relacionadas con la promoción de la detección del cáncer gástrico a nivel nacional” (2021, pág. 56).

Capítulo III

Marco

Metodológico

Después del recorrido empírico, legal, teórico y conceptual realizado, en este capítulo se abordan aspectos concernientes al marco metodológico utilizado en el desarrollo de este trabajo. Particularmente se detalla la metodología seleccionada para abordar los objetivos planteados, así como las razones que llevaron a esta selección. Aunado a esto, se exponen aspectos concernientes al lugar donde se desarrolló esta Práctica Dirigida y a la población con la que se trabajó, todo esto sumado a los detalles de la entrada al campo y las coordinaciones realizadas.

3.1 Modalidad

Como lo define el artículo 48 del Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica (2018) este es un Trabajo Final de Investigación Aplicada (TFIA), el cual consiste “en la aplicación por parte del estudiante del conocimiento teórico de su especialidad en instituciones o empresas públicas o privadas que la escuela respectiva apruebe”. (2020, pág. 2) El TFIA se realizó con la modalidad de Práctica Profesional Dirigida.

3.2 Lugar de la Práctica Dirigida

Esta práctica dirigida se llevó a cabo de manera virtual por la plataforma de Zoom, las y los participantes fueron invitados por medio de anuncios subidos a la plataforma de la red social de Facebook, donde fueron difundidos y además por medio de la estrategia de reclutamiento de bola de nieve, diseñada conceptualmente como un método de rastreo de contactos que tienen las características deseadas y utilizan las redes sociales de esa persona para reclutar sujetos similares. (Robins Sadler et al, 2010)

3.3 Participantes

Las y los participantes corresponden a un grupo de 4 personas adultas con el diagnóstico de cáncer gástrico, con los que se realizó el proceso de enfermería.

3.3.1 Criterios de Inclusión

- Ser mayor de edad.
- Ser costarricense y vivir en el país.
- Estar diagnosticado con cáncer gástrico en cualquier etapa o estadio.
- Tener acceso a internet.
- Contar con algún dispositivo electrónico, computadora, tablet o teléfono inteligente.
- Tener habilidades básicas de uso de plataformas digitales como Zoom y WhatsApp.

3.3.2 Criterios De Exclusión

- Costarricenses que no manejen el lenguaje español.

Seguidamente se describen las fases del proceso de enfermería con que se trabajó en esta práctica dirigida.

3.4 Proceso De Enfermería

El proceso de enfermería es una herramienta importante para aplicar el conocimiento científico de enfermería, al ser un método sistematizado, permite a las y los profesionales de enfermería desarrollar el pensamiento crítico-reflexivo, por lo que utilizan sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del individuo a los diagnósticos basados en problemas o potenciales de salud y a la vez brindar cuidados humanitarios eficientes centrados en el éxito de los resultados esperados. (Gazari et al, 2021)

Por tanto, el proceso de enfermería con que se trabajó en este programa envuelve cinco puntos fundamentales que están intrínsecamente relacionados, dichas etapas son: valoración, diagnóstico, planificación del cuidado, ejecución y evaluación. (NANDA, 2021)

3.4.1 Fase I: Valoración

Es el primer paso en el proceso de enfermería e implica los conocimientos y habilidades que tienen las y los profesionales de enfermería para la recopilación sistemática y constante de datos que facilitan el desarrollo del proceso de enfermería (Khatiban et al, 2019)

De manera que existen diversas fuentes donde la o el enfermero pueden recoger datos como lo son la persona, la familia, los registros médicos, las pruebas de laboratorios, procedimientos etcétera. Así mismo, puede obtener los datos mediante la valoración de enfermería, el examen físico, la entrevista, en la interacción familiar o en las observaciones de campo. (de Wolf-Linder et al, 2022) Es fundamental que él o la enfermera realice la valoración de las necesidades humanas y no se centre solo en las necesidades fisiológicas, sino más bien con una perspectiva holística.

Asimismo, a cerca de la valoración (NANDA, 2021) sostiene:

“Implica la recopilación de datos subjetivos y objetivos y revisión de la información histórica proporcionada por el paciente / familia o las enfermeras también recopilan datos sobre las fortalezas del paciente y la familia (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y los riesgos (para prevenir o posponer problemas potenciales). Las evaluaciones deben basarse en marcos teóricos, que incluyen, entre otros, teorías de enfermería”. (p.81)

Teniendo en cuenta que un método ideal para la recopilación de datos es por medio de la entrevista de enfermería, esta se realizó haciendo uso de los patrones funcionales de salud desarrollados por Marjory Gordon, el cual es un modelo integral para la etapa de valoración del proceso de enfermería (Cortés-Martín et al, 2022) Los patrones funcionales de salud proporcionan un cuidado holístico a la persona en 11 patrones de salud (Khatiban et al, 2019), los cuales son:

1. Percepción de la Salud.
2. Nutrición–Metabolismo.
3. Eliminación.
4. Actividad-Ejercicio.
5. Dormir–Descansar.
6. Cognición-Percepción.
7. Autopercepción–Autoconcepto.
8. Roles–Relaciones.
9. Sexualidad–Reproducción
10. Tolerancia al estrés.
11. Valores–Creencia.

Puesto que el proceso de enfermería es un ciclo dinámico e interconectado (Martín et al, 2022) posterior a recolectar datos objetivos y subjetivos de la persona y la familia se prosigue con la fase de diagnóstico de enfermería.

3.4.2 Fase II: Diagnóstico

Luego de agrupar los datos obtenidos en la valoración, la primera tarea en nuestro enfoque implica el razonamiento clínico y las habilidades de juicio para formular un diagnóstico de enfermería, en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del usuario o usuaria. (Cortinhal et al, 2022) De modo que se diseñe un plan que sea individual y que evolucione como resultado de una síntesis de necesidades.

En representación a lo anterior, el proceso de enfermería puede mejorar las habilidades de pensamiento crítico, mediante la creación de taxonomías estandarizada de enfermería. La taxonomía NANDA empleada en los diagnósticos de enfermería tiene como principal objetivo el

desarrollo y perfeccionamiento de los diagnósticos de enfermería, el cual es “un juicio clínico sobre una respuesta humana a las condiciones de salud/procesos de vida, o una vulnerabilidad para esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad” (NANDA, 2021, pág. 79)

La taxonomía NANDA con que se trabajó fue la actualización 2021-2023. Otro elemento que se empleó es la plataforma NNNConsult la cual es una herramienta online, útil para consultar los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por NANDA International, los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas. (NNNconsult, 2022)

NANDA (2021) postula:

Una vez que se identifican los diagnósticos, se debe priorizar los diagnósticos de enfermería seleccionados para determinar las prioridades de atención. Es necesario identificar los diagnósticos de enfermería de alta prioridad (es decir, necesidad urgente, diagnósticos con alto nivel de congruencia con características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo) para que la atención pueda dirigirse a resolver estos problemas o disminuir la gravedad o el riesgo de ocurrencia. (p. 86)

Como muestra de lo expuesto anteriormente, la taxonomía NANDA, se determinaron las necesidades de salud relacionadas con un cuidado desde una perspectiva holística y se seleccionaron una serie de etiquetas de diagnóstico de enfermería. Se utilizó la red de razonamiento lógica propuesta por el modelo AREA (análisis de los resultados del estado actual) para priorizar el diagnóstico, que es una herramienta que facilita el razonamiento clínico en forma de red, siendo el diagnóstico prioritario el diagnóstico con mayor número de conexiones. (Kuiper et al, 2017)

En cuanto al modelo AREA, plantea la importancia de analizar el proceso de razonamiento clínico, el cual la historia del cliente en contexto, en relación con el diagnóstico de enfermería, la intervención de enfermería y la determinación de los resultados actuales y esperados se debe considerar simultáneamente. (HeeSeo & Eom, 2021)

Es por ello que el razonamiento clínico, es una de las destrezas básicas requeridas en enfermería, para formular la planificación de las intervenciones del proceso de enfermería y lograr los resultados deseables.

3.4.3 Fase III: Planificación

Cuando la o el enfermero realizan la planificación de los cuidados de enfermería, tras una valoración individualizada y detallada de la persona, se identifican los diagnósticos NANDA de enfermería basados en problemas, de riesgo, de disposición o síndromes y se establecen prioridades, según las necesidades de la persona, de acuerdo con ellos se planifican resultados esperados (NOC) y sus indicadores para corto y largo plazo, los cuales se alcanzarán mediante intervenciones (NIC) específicas y actividades de enfermería de forma secuencial. (NANDA, 2021).

Para proporcionar a las y los usuarios acciones personales se debe comprender los enlaces entre NANDA-NIC-NOC, siendo el vínculo entre NANDA y resultados NOC el que sugiere la relación entre el problema y el estado que se espera mejorar con una intervención. Por otro lado, los vínculos entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC sugieren las relaciones existentes entre el problema de la persona y las acciones que resolverán o disminuirán el estado de sintomático en el que se encuentra la persona. (Johnson et al, 2012).

Por su parte, la implementación efectiva, se logra por medio de la fase o etapa del proceso de enfermería llamado ejecución, el cual permite resolver los problemas.

3.4.4 Fase IV: Ejecución

Esta fase incluye la implementación de las intervenciones de enfermería dirigidas a la solución del problema de la persona y la satisfacción de las necesidades de cuidado de salud. (Taylor, 2016).

Por consiguiente, esta fase se compone de la ejecución propiamente de las actividades ligadas a los NIC que realizan los y las profesionales de enfermería, donde interviene según la planificación, a la persona enferma, junto con la familia; para darle paso a la última fase o etapa denominada evaluación.

3.4.5 Fase V: Evaluación

Esta es la última parte del proceso de enfermería donde se compara el estado de enfermedad o salud de la persona con la evaluación de las respuestas humanas, definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. (Reina, 2010) La evaluación es una actividad planificada y continua, por medio de la cual es posible medir la respuesta humana si se cumplió con lo previsto mediante los indicadores y las escalas del NOC, si el proceso planteado fue efectivo, y además permite generar conclusiones que definan si las intervenciones deben reorientarse o reformarse.

En cuanto a cada NOC, estos poseen una escala Likert de cinco puntos para evaluar los indicadores enumerados. Las escalas permiten medir la condición de la persona, facilitando la identificación de cambios en su estado a través de diferentes puntuaciones a lo largo del tiempo y a través del proceso de enfermería (Uehara de Lima et al, 2022).

Es importante tener en cuenta, una vez finalizada la fase de ejecución, se realizó una evaluación final y se compararon las puntuaciones obtenidas en la escala de cada NOC con los

valores iniciales para ver si hubo respuesta humana a las puntuaciones diana previamente establecidas.

Es importante tener en cuenta, una vez finalizada la fase de ejecución, se realizará una evaluación final y se compararán las puntuaciones obtenidas en la escala de cada NOC con los valores iniciales para ver si hubo modificación de la respuesta humana.

3.5 Fases de la Práctica Dirigida

3.5.1 Primera fase: Diagnóstico y Preparación

3.5.1.1 Entrada Al Campo. El reclutamiento de las personas participantes para la práctica dirigida se realizó en cuanto se obtuvo el visto bueno del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de Costa Rica para iniciar el TFIA. Posteriormente se abrió un perfil de Facebook, donde se socializó con amigas y amigos acerca de la práctica dirigida y el programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico. Existió gran apertura para compartir la publicación en diversos grupos de la sociedad, ya que representa una gran oportunidad para la persona que enfrenta esta patología, además, que existen muchas necesidades educativas de usuarios (as) oncológicos, que muchas veces no son cubiertos por la sobrecarga de trabajo que se viven en los hospitales de nuestro país.

3.5.1.2 Fase de Valoración y Diagnóstico del Proceso de Enfermería. En esta fase de la práctica dirigida se abarcaron las fases de valoración y diagnóstico del proceso de enfermería.

Inicialmente, cuando la persona oncológica decidió participar de la práctica dirigida completo un Google forms, compuesto de 10 preguntas en el cual se indican los medios y los horarios para contratarle, aunado a esto se verifican los criterios de elegibilidad, y en el primer momento con la persona se coordinaron las fechas de las reuniones virtuales.

En la primera sesión se envió por WhatsApp el consentimiento informado creado en un Google Forms, basado en el formato indicado por la Universidad de Costa Rica (ANEXO 1), para confirmar su deseo de participar en esta práctica dirigida. Durante esa primera sesión, se compartió la pantalla donde se proyectó el consentimiento informado, se leyó y se procedió a aclarar las dudas acerca del programa educativo, posterior a ello, se le brindó tiempo a las participantes para que marcaran desde sus teléfonos la casilla de aceptación para participar en el programa.

Aunado a esto, se le solicitaron datos personales y sociodemográficos, y se le envió la escala WCPS (ver ANEXO 2) para valorar el cuidado de enfermería recibido con anterioridad, durante el proceso de enfermedad del cáncer gástrico, ya que es necesario medir empíricamente el cuidado.

Dado que a nivel mundial existen muchas escalas para evaluar el cuidado humanizado, así lo hace notar Watson en el libro *Measuring Caring. International Research on Caritas as Healing*, ella junto con unos colaboradores evalúan los instrumentos creados para medir el cuidado en enfermería, de Estados Unidos y otros 6 países más, puesto que existen escalas en múltiples contextos, como lo son las que evalúan: las relaciones profesionales de enfermería-paciente, profesional de enfermería-colega, asimismo las escalas que él o la profesional de enfermería se califican, asimismo. (Nelson & Watson, 2012)

Teniendo en cuenta lo anterior, para poder comparar si el cuidado brindado en esta práctica dirigida se realizó de manera integral y humanizada, en el primer acercamiento, se envió a través de Google Forms una escala de cuidado humanizado, denominada Watson Caritas Patient Score (WCPS), creada por Brewer en compañía de Watson y validada al lenguaje español por Delgado-Galeano, et al, (2015).

WCPS está conformada por 5 ítems. Las opciones de respuesta para cada ítem van de 1 (nunca) a 7 (siempre), los ítems evalúan empíricamente la experiencia más auténtica y subjetiva de la persona al recibir cuidados humanizados, con indicadores de 5 de los 10 Procesos de Caritas. (Brewer & Watson, 2015).

WCPS es una herramienta, que por sus propiedades prácticas es un instrumento confiable y válido que se utiliza en diferentes hospitales y sistemas de salud del mundo para evaluar las perspectivas de las personas usuarias sobre las prácticas de cuidado del personal de salud. La fiabilidad del WCPS según el estudio original es de .90. Los resultados se interpretan mediante cada ítem o indicador de cuidado, por lo que a mayor puntaje revela una mejor capacidad de cuidado humanista. (SookBin et al, 2020)

En una segunda sesión, con una duración aproximadamente de cuarenta y cinco minutos a una hora, se le aplicó a cada uno de las participantes una entrevista de enfermería basada en la Teoría de Patrones Funcionales de Marjory Gordon para la identificación de necesidades o respuestas humanas en las diversas áreas del ser humano. Aunado a esto, se obtuvo información, de fuentes directas (la persona y la familia) e indirectas (epicrisis, referencias, laboratorios, entre otros).

Teniendo en cuenta el propósito de una valoración holística en esta práctica dirigida, se decide emplear los patrones funcionales de Gordon, puesto que son muy completos y es ideal para realizar la valoración de enfermería de manera integral, además, completar las demás fases del proceso de manera humanizada. A continuación, se detallan los 11 patrones y su énfasis en el proceso de enfermedad por cáncer gástrico, que ayudarán a identificar y priorizar los diagnósticos. (Gordon, 2003)

3.5.1.3 Uso de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon en la Práctica Dirigida

Patrón 1: Percepción y Manejo de la Salud. Valoración de la percepción del cáncer de estómago, además, el conocimiento de la enfermedad, en este patrón se valoran los antecedentes familiares, antecedentes personales, intervenciones quirúrgicas, por otra parte, los hábitos nocivos, entre otros.

Patrón 2: Nutricional Metabólico. Valoración de la ingesta de líquidos, sólidos, así mismo, se valora los hábitos alimenticios, la dieta que consume, el número de comidas diarias, el a petito, el peso, la talla, el índice de masa corporal y los cambios de peso, entre otros.

Patrón 3: Eliminación. Se valora la evacuación urinaria e intestinal, así como los vómitos, teniendo en cuenta aspectos como, consistencia y la cantidad, entre otros.

Patrón 4: Actividad y Ejercicio. Se valora la actividad física, tipo, cantidad y calidad del ejercicio, además, actividades de la vida diaria (higiene, compras, comer, mantenimiento del hogar, etc.) y si hay presencia de limitaciones físicas, entre otros.

Patrón 5: Sueño Descanso. Se valora la frecuencia y la calidad del sueño, la higiene del sueño, las patologías asociadas al sueño, si necesita ayuda farmacológica para dormir, el ambiente para el reposo etc.

Patrón 6: La Cognición y Percepción. La presencia de indicadores no verbales de dolor, además, de valorar la visión, audición, gusto, tacto y olfato, por otra parte, las habilidades cognitivas (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones), entre otros.

Patrón 7: Autopercepción y Auto Concepto. Se valora la percepción de sí mismo, actitudes acerca de la imagen corporal, la ansiedad, el temor y la alteración de la autoestima, entre otros.

Patrón 8: Roles Y Relaciones. Se valora la participación en actividades sociales, rol en el hogar, ocupación, estructura o funcionamiento familiar, relación/interacción con otros o aislamiento social, entre otros.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción. Se valora los problemas o cambios en las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, en el caso de las mujeres la menarquía, el ciclo menstrual, la menopausia, embarazos, etc.

Patrón 10: Afrontamiento y Manejo Del Estrés. Efectividad de la forma en la que se ha adaptado a situaciones estresante, los mecanismos de afrontamiento, las reacciones a los factores estresantes, entre otros.

Patrón 11: Valores Y Creencias. Se valora si pertenece a alguna religión, en qué cree, con qué valores cuenta, proyectos de vida, entre otros.

Luego de realizar la recopilación de datos, se procede a obtener los principales diagnósticos, ya sean los diagnósticos basados en los problemas o los de riesgo o bien los de promoción de la salud o disposición o de síndrome, que reflejan algunas de las necesidades que tienen las personas adultas oncológicas, en cualquier etapa o tratamiento del cáncer gástrico. En este caso, los diagnósticos NANDA obtenidos tienen por finalidad planificar aspectos relativos a la gestión de brindar un cuidado humanizado utilizando la Teoría de Jean Watson.

Con el uso de la plataforma NNN consult, y la red de razonamiento lógico para establecer el diagnóstico principal y los secundarios, los cuales serán abordados por medio de la teoría del cuidado humano, garantizando un ambiente armonioso y saludable en los ámbitos físicos, emotivos, sociales y espirituales. Teniendo en cuenta que para que el cuidado sea eficaz y seguro para el individuo debemos incluir a la familia, ya que es un elemento fundamental en el proceso de recuperación de su salud o muerte digna.

3.5.2 Segunda Fase: Planificación de la Práctica Dirigida

Esta etapa corresponde a la etapa de planificación del proceso de enfermería y se basa en el diagnóstico principal y algunos de los secundarios con que se trabajará. Se brindó un seguimiento, que conduce a evitar, reducir o eliminar los problemas identificados o bien fortalecer aquellos aspectos positivos. Utilizando algunos de los procesos Caritas se logró la armonía entre mente, cuerpo y alma durante el desarrollo de la práctica de cuidado.

De manera que la planificación se realizará en 4 pasos fundamentales:

- Determinar las prioridades de cuidado inmediatos ya sean físicas, psicológica, espirituales, sociales.
- Establecer los resultados esperados NOC y sus indicadores.
- Seleccionar las intervenciones de enfermería NIC y sus actividades.
- Registra el plan de cuidados.
- Planeamiento de las sesiones educativas.

El propósito principal de planificar que el proceso de enfermería se realice de manera humanizada, es que las personas con cáncer gástrico, ante el desconocimiento, se encuentran vulnerables y por tanto requieren comprensión, ayuda, de forma holística donde lo que se debe resaltar, no solo es lo que realiza, si no como se cuida a la persona.

En síntesis, para el procesamiento de datos, se tabularon los indicadores de los 11 patrones de Marjory Gordon, se priorizaron los datos más relevantes y se seleccionaron los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA. La determinación de los resultados esperados NOC, será la que se utilice posteriormente y además en la etapa final, la cual es una clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo que puede

utilizarse para evaluar el impacto y la efectividad de las intervenciones de enfermería y las actividades NIC.

Teniendo en cuenta, que el cuidado humanizado, de Jean Watson, considera al ser humano una persona capaz de poder ayudar y participar junto con él o la enfermera en la planeación y ejecución de sus cuidados, (Watson, 2008) así como también evaluar si los resultados son favorables o hay aspectos que mejorar. Para que un cuidado de enfermería sea brindado de manera humanizada, tiene que existir una buena comunicación entre la persona y el o la profesional de enfermería. Es por ello que se tendrá una comunicación fluida y se tomara en cuenta al individuo a la hora de planificar las intervenciones que se realizaran.

Continuando la idea del párrafo anterior, la manera para realizarlo fue con el termino denominado atención centrada en la persona. Por consiguiente, la persona se considerará libre para actuar y asumir la responsabilidad de tomar decisiones del proceso de enfermería y del tratamiento, de acuerdo con sus necesidades y preferencias (Taleghani et al, 2022) implementar esta estrategia requiere conversaciones entre la persona y la profesional de enfermería para identificar metas y el desarrollo de planes holísticos que atiendan las necesidades clínicas y no clínicas (Bolton et al, 2020)

3.5.3 Fase de Ejecución de la Práctica Dirigida

Para realizar esta fase, eventualmente será mediante dos sesiones virtuales por medio de la plataforma Zoom, con una duración de 45 a 60 minutos cada una, a horas y fechas a convenir con cada participante.

Durante la ejecución se realizan intervenciones de enfermería que den respuesta a las necesidades expresadas, trabajando estas acorde a los modos propuestos por la teorizante sobre el la cual se fundamentó la intervención de enfermería.

3.5.3.1 Uso de la Teoría del Cuidado Humanizado en la Fase de Ejecución el Proceso de Enfermería.

Se describen a continuación los elementos de la teoría del cuidado humanizado que se tomaron en cuenta para la ejecución del proceso de enfermería:

- ***Sentimientos de la Persona Oncológica:*** dadas por la interacción profesional de enfermería-persona con cáncer gástrico, se procurará que el individuo se siente acogido(a), protegido (a), atendido (a) con mucho afecto, teniendo en cuenta el humanismo.
- ***Apoyo Emocional:*** se entiende el dolor y el sufrimiento de la persona con cáncer gástrico, valorándolo como un ser holístico.
- ***Apoyo Físico:*** se comprende lo percibido por la persona con diagnóstico de cáncer gástrico, brindándole apoyo.
- ***Cuidado del Hacer de Enfermería:*** se efectúa promocionando la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
- ***Proactividad:*** intercediendo por la persona oncológica con, dándole información concreta.
- ***Empatía:*** se realiza escuchando, los sentimientos del otro y ponerse en su lugar.

Por consiguiente, la práctica dirigida, se efectuó manteniendo una relación transpersonal entre profesional de enfermería-persona adulta con cáncer gástrico, procurando que el momento del cuidado se brinde un cuidado integral. Principalmente entendiendo el dolor y el sufrimiento de la persona oncológica.

Considerando las características de los Procesos Caritas, los cuales son idóneos para aplicarlos al terreno de esta práctica dirigida, en los cuidados que se brindan a las personas

adultas con cáncer gástrico, desde un punto de vista individualizado y holístico, observando de qué manera intervienen, afectan y se relacionan las diversas esferas del ser humano con los cuidados de enfermería.

Del mismo modo, se realizaron actividades para apoyar la parte emocional, física, trabajar la empatía, cada actividad estará dirigida, con evidencia científica, hacia el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, por parte de la profesional de enfermería.

Seguidamente se detallan como se implementaron los Procesos Caritas de Cuidados (PCC) en la práctica dirigida:

PCC 1: “Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado”. Para poner en práctica esta premisa, la profesional de enfermería, mantuvo valores humanistas, en una primera instancia trató al usuario (a) como persona, no como una patología; por otra parte, estudió el contexto socio-cultural donde fue necesario comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas donde convive la persona oncológica, para no juzgar a las personas por su raza, clase social, orientación social entre otros.

Así mismo, se reconoció el dolor de la persona con cáncer gástrico el cual es una cualidad inherente a esta patología, a través de la empatía y las consideraciones en el proceso de la enfermedad, se pudo obtener más información a la hora de gestionar la atención y el tratamiento del dolor.

PCC 2: “Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundas apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar”. En los 11 patrones básicos, que anteriormente se mencionaron de Marjory Gordon, en la necesidad número 11 hace referencia a las creencias y valores de la persona enferma. En las secciones virtuales, se respetaron las creencias y espiritualidad, se inculcó en una primera instancia la

esperanza, se dialogó con la persona y la familia sobre las prácticas religiosas y espirituales, se buscó satisfacer dichas necesidades, encontrando conexión, paz y de ser necesario se recomendó guías religiosos (as).

En relación con la religiosidad/espiritualidad supone un refuerzo en la vida de las personas oncológicas y de su familia; ya que en ocasiones estos (as) experimenta sufrimientos físicos y psicológicos que conlleva la enfermedad en sí misma, también pueden percibir un sufrimiento espiritual/religioso que no saben cómo gestionar y por ello necesitarán de ayuda externa para poder manejarlo. (Molins Bustamante, 2018)

PCC 3: “El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal, más allá del ego”. A la hora de brindar cuidado a la persona con cáncer gástrico, esta puede sentir una sensación de abandono, de sufrimiento, de soledad, por encontrarse protegiendo a la familia de sufrimiento ocasionado por la enfermedad, por lo que se le transmitió esperanza y apoyó a sus creencias, además, se incentivó al individuo a participar de todas las decisiones en el proceso del cuidado.

PCC 4: “Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado, de apoyo - confianza”. Se desarrollará una relación transpersonal entre la enfermera y la persona adulta con cáncer gástrico, la manera de realizarlo fue sabiendo escuchar, siendo real, honesta, auténtica, por otra parte, estando presente para la persona en todo momento, siendo empática, teniendo una postura relajada y abierta.

Posiblemente, la relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal es un concepto complejo para el cual no existe hoy en día una definición concreta. Cobra mayor importancia la parte humana de la relación persona- persona, en la que destacan valores como el respeto, la empatía, la compasión, etc. (García-Ruedaa et al, 2016)

Al mismo tiempo, establecer relaciones de ayuda adecuadas nos permitió:

- Personalización e individualización del cuidado.
- Escuchar aspectos de su historia de vida que puedan causarle angustia.

PCC 5: “Constituir y apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos, de la mano con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.

En este factor la profesional de enfermería se adaptó a las personas con cáncer gástrico, utilizando un lenguaje sencillo, claro y pertinente; ayuda dándoles a expresar sus sentimientos. Del mismo modo, prestando atención a las expresiones faciales del individuo y descubriendo sentimientos no compartidos y sentimientos que pueden causar preocupación.

PCC 6: “Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia) allí donde lo saludable la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien”.

Este proceso Watson (2008) se basó en la teoría de Florence Nightingale algunos de los puntos de este factor son:

- Ventilación adecuada.
- Calor suficiente.
- Luz idónea.
- Control de ruidos y efluvios.
- Tranquilidad.

La manera de efectuarlo fue educando a la persona y la familia para eliminar los ruidos repentinos, luces brillantes, ventilación pobre, entornos desordenados; así mismo, entre otro aspecto importante es el entorno interno se incluyeron el bienestar mental y espiritual, y las

creencias socioculturales de un individuo; se efectuó manteniendo la privacidad, de forma que conserve su autonomía personal y su individualidad.

PCC 7: “Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu-salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”.

Con relación a las necesidades humanas, en el proceso de salud-enfermedad, funcionan de manera interdependiente y dinámica, la profesional de enfermería reconoció mediante los 11 patrones funcionales de Gordon las necesidades biofísicas, si se resuelven los siguientes puntos, las personas pueden satisfacer sus necesidades de forma adecuada:

- Aliviar el dolor corporal teniendo en cuenta la diversidad y variabilidad de los síntomas físicos en personas con cáncer gástrico o post operado de gastrectomía.
- Considerar las capacidades funcionales del individuo y cómo incide en la satisfacción o insatisfacción de estas necesidades.

Por otra parte, se encuentran las necesidades psicosociales e intrapersonales de la persona que serían de pertenencia y logros; en este apartado se tomó en cuenta las necesidades de participar como sujeto activo en el proceso de toma de decisiones en relación con el cuidado. Luego de reconocer la necesidad de la persona la profesional brindó un cuidado holístico.

PCC 8: “uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado”.

La profesional de enfermería ejecutó el método científico de resolución de problemas, a través de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), es decir las decisiones acerca del saber/hacer de enfermería, tomando en cuenta la mejor evidencia científica disponible. A la hora de perpetrar el cuidado de enfermería de la persona adulta con cáncer gástrico y de los cuidados

de la gastrectomía, la enfermera puso el arte de enfermería, mediante la creatividad en las sesiones de tele enfermería, de esta manera se utilizó la ciencia y el arte de la disciplina.

Considerando la profesionalización de la enfermería, la toma de decisiones basada en el conocimiento científico es el factor más determinante de las prácticas basadas en la evidencia, ya que aseguran la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la persona. (Karakoç-Kumsar et al, 2020)

PCC 9: “Participar de una experiencia autentica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser –significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros”.

Con respecto al párrafo anterior, la profesional de enfermería promociona este proceso con técnicas de enseñanza- aprendizaje interpersonal, se inició brindando educación a la persona sobre generalidades del cáncer gástrico, y de la gastrectomía, se le explicó con evidencia científica el uso del protocolo ERAS, la experiencia de otros usuarios (as), lo que propició a que la persona adulta con cáncer gástrico, se realizaran el autocuidado, el autoaprendizaje, y el autocontrol.

PCC 10: “Abrirse y atender a las dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado”.

La clave para aplicar este proceso radicó en comprender a las personas adultos con cáncer gástrico, visualizando sus experiencias en el proceso de salud-enfermedad, comprender cómo pasan su dolor, su sufrimiento y, comprender cómo enfrentan cada situación relacionada con el proceso del cáncer, porque para muchos significara una sobrevida y para otros el final de la vida.

Como parte de las intervenciones, se desarrolló capacitaciones de educación, el cual es establecido por la profesional de enfermería y se llevó a cabo bajo un enfoque de educación en salud que enfatizó el cuidado holístico. Se integraron los conocimientos teóricos y prácticos para

fomentar el aprendizaje, el autocuidado, y el autocontrol. Además, para brindar un cuidado holístico y disminuir el temor y ansiedad se emplearon estrategias de relajación como meditación, respiraciones profundas y pausadas, para que las personas lo implementen, previo a la gastrectomía, quimioterapias o radioterapias.

Para comenzar esta etapa se realizó en dos sesiones de tele enfermería oncológica por medio de la plataforma Zoom con una duración de aproximadamente una hora, en la primera es individual, de acuerdo con las intervenciones planteadas para los diagnósticos encontrados prioritariamente, el principal y algunos de los secundarios. Luego la segunda sesión, donde se les presenta a las personas diagnosticadas y sus familias si así lo desean, infogramas, sobre generalidades del cáncer gástrico, la gastrectomía, los efectos secundarios de las quimioterapias basado en evidencia científica, además, sobre el protocolo ERAS para aquellas personas que estén esperando cirugía; la información preparada a fin de aplacar sus dudas y necesidades de información.

Las personas con cáncer, experimentan una diversidad de estados afectivos, incluyendo ansiedad y depresión que pueden derivar del dolor o de los tratamientos del cáncer (Fraile-Martinez et al, 2022), con terapias alternativas como la musicoterapia se facilita la expresión de emociones, preocupaciones, se alivia el dolor (Folsom et al, 2021) lo que contribuye a una mejor aceptación y un buen desarrollo de los diferentes tratamiento sometidos al individuo oncológico como la quimioterapia, radioterapia, cirugía.

3.5.4 Fase de Evaluación de la Práctica Dirigida

Esta última fase se realiza mediante una sesión, por lo tanto, se evalúa el proceso de enfermería mediante los resultados propuestos, con los indicadores del NOC. De igual forma, se efectuó la evaluación de la práctica dirigida mediante la escala WCPS, para evaluar y comparar

el proceso de enfermería que efectué se haya realizado de manera holística y humanizada. En dicha oportunidad, se brindará espacio a las personas y sus familias, para que expresaran sus opiniones con respecto al cuidado recibido con el objetivo de mejorar.

Evaluar el proceso de enfermería que se aplicó a las personas con cáncer gástrico, es de vital importancia conocer el nivel de humanización en el cuidado que se brindó según la percepción del individuo, familia y la perspectiva propia, esto permitió la retroalimentación y el crecimiento de la ciencia de la enfermería.

En relación con la escala para evaluar el cuidado humanizado, se empleó un instrumento denominado Watson Caritas Self-rating Score, el cual mide la percepción de la profesional en enfermería en cuanto a su autocuidado en función de los comportamientos de caritas de bondad amorosa, satisfacer las necesidades básicas de uno mismo, tener relaciones de ayuda y confianza, crear un entorno que permita el florecimiento y la valoración de las creencias y la fe para promover el éxito. (Brewer et al, 2020)

Watson Caritas Self-Rating Score utiliza una escala tipo Likert donde 1 significa nunca y 7 significa siempre, los resultados se interpretan mediante cada ítem, por lo que a mayor puntaje revela una mejor capacidad de autocuidado para practicar el cuidado humanizado. (Ricossa, 2021) Los ítems fueron diseñados para ayudar a las y los profesionales de enfermería a profundizar la comprensión de la teoría de Watson y, asimismo, aprender a convivir con dicha teoría, abrazando primero una conciencia del autocuidado.

Brewer et al. (2020) argumentan: “transformarse uno mismo y los sistemas con una Conciencia de Caritas que integran y restauran el cuidado-sanación y el amor en nuestra vida y trabajo/mundo. Se enfoca en el autocuidado como la base para vivir la filosofía, la teoría y la ciencia del cuidado humano”. (p.85)

Por lo que, al integrar el autocuidado, el autoconocimiento y el amor propio como base para brindar cuidado humanizado, me ofrece una perspectiva más holística y clara sobre los valores profesionales, la ética, el profesionalismo, la seguridad, la cultura y, asimismo, la sensibilidad espiritual.

3.6 Consideraciones Éticas:

Esta práctica dirigida se realizó teniendo en cuenta los principios de la bioética para garantizar el adecuado desarrollo de todo el proceso de enfermería y proteger los derechos de las y los participantes en este programa.

El programa para humanizar el cuidado de la persona oncológica con cáncer gástrico se implementó con fines académicos y científicos, con el objetivo de poner en práctica el proceso de enfermería. La práctica dirigida plantea una intervención que conduce a mejoras en el proceso de salud-enfermedad, de la población de usuarios (as) con los criterios de inclusión.

Así mismo, durante el programa se custodió por el resguardo de los principios bioéticos tales como:

3.6.1 Justicia:

Enfatizando el valor fundamental de la salud para todos, por el valor inherente que todo ser humano independientemente del género, etnia, estatus social, creencias políticas y religión. (Pratt et al, 2020)

De acuerdo a lo anterior, el proceso de enfermería se aplicará sin distinción de estratos socio económicos, culturales y creencias religiosas o política, respetando el derecho a la libertad de opinión de las personas oncológicas y su familia.

3.6.2 Autonomía:

Una forma de libertad personal de acción en la que el individuo determina su propio curso de acción de acuerdo con un plan elegido por ella o por el mismo. (Rus & Groselj, 2021)

Teniendo en cuenta lo anterior, la persona oncológica tendrá el libre albedrío, podrá decidir sobre su participación en el proceso de enfermería, su participación será de carácter voluntario.

De manera que, se respetó la toma de decisiones de la persona oncológica, para ello se empleó un consentimiento informado, donde se dió a conocer en términos claros y sencillos la finalidad que tiene la práctica dirigida, si después de leer y analizar la información sobre los beneficios y los riesgos, la persona decidía participar se procedió a firmar.

El objetivo principal del consentimiento informado es informar verdaderamente a los posibles participantes de la investigación sobre diferentes aspectos, como el diseño del estudio, los procedimientos del estudio, los riesgos y beneficios, las opciones de tratamiento, las responsabilidades de los participantes y el derecho a retirarse, así como información sobre procesamiento de datos. (De Sutter et al, 2020)

El derecho a la autonomía, además, incluye la no divulgación de información de la persona participante, se resguardará la privacidad y se mantendrá la confidencialidad de la información personal, por lo que los datos al finalizar fueron presentados con anonimato y los resultados de la práctica dirigida solo se utilizarán con fines científicos, por lo que se garantizará el principio de confidencialidad y privacidad.

Un punto a tener en cuenta es que las reuniones no serán grabadas, se tomarán apuntes de la información suministrada en las reuniones virtuales, con el fin de facilitar el proceso de análisis y describir el proceso vivido una vez obtenida la información, a estos datos únicamente tendrán acceso la postulante y la tutora del TFIA.

3.6.3 Beneficencia:

El término beneficencia hace alusión, hacer el bien, cualquier acción que se realiza en beneficio de los demás. (Porsdam Mann et al, 2021) Con el presente programa, se busca mejorar la atención y el afrontamiento del cáncer gástrico, aplicando el objetivo de humanizar el cuidado.

Las posibles necesidades, físicas, beneficios para las y los participantes en las circunstancias específicas de esta práctica dirigida, la satisfacción de algunas de sus psicológicas, emocionales o espirituales en el proceso del cáncer gástrico.

3.6.4 No maleficencia:

En esencia es la aplicación del principio de *no hacer daño* (Porsdam Mann et al, 2021), este principio se guardó, del mismo modo, se intentó aumentar el beneficio o el bienestar de la persona.

Los riesgos que podrían presentar las y los participantes son mínimos, sin embargo, podrían sentirse incomodo (a), por la pérdida de la privacidad al compartir información de la salud, ansiedad al hacerle preguntas generales que pueden podrían dañar la sensibilidad, o bien sentirse cansado o cansada. En caso de que las personas presenten estos potenciales riesgos y puede decidir, omitir la pregunta, abandonar la sesión o retirarse de la práctica dirigida.

Capítulo IV

Resultado y

Discusión

En este apartado se presentan de manera detallada los resultados según las etapas de la práctica dirigida: La fase diagnóstica, que comprende las fases de valoración y diagnóstico del proceso de enfermería. La fase de planeación muestra el proceso de creación del proceso de enfermería a través de un programa educativo basado en el cuidado humanizado dirigido a personas adultas con cáncer gástrico, desde la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson. Así como los resultados de la ejecución del mismo y su evaluación y por último la fase de evaluación de la práctica dirigida.

4.1 Fase I: Preparación

4.1.1 Entrada Al Campo

Inicialmente en los meses de noviembre, diciembre 2022 y enero 2023 se realizó el posteo de la publicación en la red social de Facebook (Anexo N°4), el cual contenía la información del programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico. Asimismo, incluye los criterios de elegibilidad, la modalidad y un enlace que vincula a un Google Forms, con la finalidad de que las y los participantes brinden métodos y horarios para contactarle.

Posteriormente, se programaron los acercamientos y coordinaciones respectivas con cada una de las personas participantes y sus familias para las reuniones por la plataforma Zoom o WhatsApp.

4.1.2 Fase I: Valoración

Como primer paso en el proceso de enfermería se realizó la valoración, la cual es la base para realizar intervenciones que se ajusten a las necesidades de las personas. Se ejecutó de manera precisa y completa esta valoración; se recopiló información sobre el estado de las personas con cáncer gástrico, incluidos los factores físicos, psicológicos y sociales por medio de

una entrevista guiada por los patrones funcionales. Se recopilaron datos de varias fuentes, incluida la persona participante, en algunos casos con los miembros de la familia, y algunas personas poseían registros médicos como epicrisis.

Los datos se obtuvieron de la siguiente manera, en una primera sesión de tele-enfermería con cada participante, se realizó una entrevista donde les solicite datos personales y sociodemográficos, además de evaluar el cuidado humanizado en alguna atención brinda con anterioridad durante el proceso de la atención de la enfermedad del cáncer gástrico, mediante la WCPS.

Primera sesión de valoración

En esta primera sesión, específicamente se empleó el primer proceso caritas de cuidado de la teoría de Jean Watson denominada “Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado”. En donde esta premisa se puso en práctica de siguiente manera: la profesional de enfermería conoció a la persona, observó su contexto sociocultural, además, llamó a las participantes por su nombre, mostró respeto, compasión y empatía; de la misma manera estuvo presente en el momento y se centró en las necesidades de las personas. A continuación, se muestra la información obtenida con la práctica de esta premisa:

4.1.3 Datos Sociodemográficos

En la tabla 1 se muestra la información obtenida en la primera sesión relacionada con los de datos estadísticos sobre características sociales y demográficas de las personas participantes de la práctica dirigida.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de las personas participantes en el programa de enfermería.

	Variables	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa
Edad	18-30	1	25%
	31-43	0	0 %
	44-56	2	50%
	57-69	1	25%
	70-82	0	0%
	83 o más	0	0 %
Genero	Femenino	4	100%
	Masculino	0	0 %
Religión	Católica	2	50%
	Cristiana	2	50%
	No creyente	0	0 %
Estado Civil	Casado (a)	0	0 %
	Soltero (a)	0	0 %
	Unión Libre	2	50%
	Divorciado (a)	1	25%
	Viudo (a)	1	25%
Lugar de residencia	San José	0	0 %
	Alajuela	1	25%
	Heredia	1	25%
	Cartago	0	0 %
	Puntarenas	2	50%
	Guanacaste	0	0 %
	Limón	0	0 %

Nivel educativo	Analfabetismo	0	0 %
	Primaria	0	0 %
	Secundaria incompleta	3	75%
	Universidad incompleta	1	25%
Ocupación	Empleado	2	50%
	Jubilación	1	25%
	Desempleo	0	0 %
	Ama de casa	1	25%
Año del Diagnóstico Cáncer Gástrico	2018 o antes	0	0 %
	2019	0	0 %
	2020	1	25%
	2021	2	50%
	2022	1	25%
	2023	0	0 %

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los datos sociodemográficos que se obtuvieron de las personas participantes de la práctica dirigida, el 100% son mujeres, dato que llama la atención ya que el cáncer de estómago es más frecuente en la población masculina. (Globocan, 2020). A nivel mundial las estadísticas muestran que el promedio de edad de las personas con cáncer gástrico ronda entre los 55 y los 80 años. (Thrift & El-Serag, 2020) , sin embargo, en la población participante el promedio se encuentra en la adultez intermedia.

Sobre el lugar de residencia el 50% de las personas participantes personas vivía en la gran área metropolitana (Heredia y Alajuela) mientras el otro 50% en Puntarenas. En cuanto al credo religioso, todas eran creyentes y la mayoría eran católicas.

En cuanto, al estado civil el 50% de las participantes tienen pareja, y el otro 50% no. Todas las participantes tienen hijos (as) y la mayoría no terminó la secundaria. Solamente una participante era ama de casa, el resto trabajaban o tenían pensión.

Las participantes fueron diagnosticadas en el periodo 2020 y 2022 y la mayoría ya estaba en estadios avanzados con la enfermedad en etapa paliativa y solamente 1 persona en etapa curativa. En cuanto a los tratamientos que reciben actualmente se observa variabilidad ya que unas estaban recibiendo quimioterapias, otra se encontraba en control había sido gastrectomizada, recibió quimioterapias neoadyuvante y adyuvante y otra se encuentra recibiendo control paliativo de la enfermedad.

La segunda parte de la primera sesión de tele-enfermería fue para obtener los datos de la Escala WCPS. para medir empíricamente la experiencia del cuidado humanizado de las participantes.

4.1.4. Escala Watson Caritas Patient Score (WCPS)

Primero se hizo la compra de la escala WCPS versión español y se obtuvo la aprobación por escrito de Jean Watson para implementar la herramienta WCPS. Posterior, a la recolección de datos sociodemográficos a las participantes de la práctica dirigida se les solicitó evaluar algún entorno donde hayan recibido cuidado por parte de enfermería durante el diagnóstico y/o el tratamiento del cáncer gástrico. La dinámica consistió en evaluar aquella experiencia de cuidado que fue más representativa durante su estancia hospitalaria; los datos se recopilaron utilizando lápiz y papel por parte de la profesional de enfermería.

Es importante agregar que el 100% de las participantes evaluaron hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) específicamente fueron evaluados el hospital Raúl Blanco Cervantes, el hospital San Rafael de Alajuela, el hospital San Vicente de Paúl de Heredia y el hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas.

Las experiencias de cuidado que las participantes evaluaron las recibieron durante la pandemia por Covid-19, donde el cuidado de enfermería presentaba un gran impacto por el aumento de la carga de trabajo y los cambios en las medidas hospitalarias. En la tabla 2 se muestran los resultados de esta escala.

Tabla 2

Resultados de la puntuación de la escala Watson Caritas Patient Score.

Ítems	Rango de puntuación						
	N (%)						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca						Siempre
1. Me cuidaron con amor y bondad	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)
2. Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)
3. Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)
4. Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)
5. Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome la esperanza.	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)

Fuente: Elaboración propia, con datos de Watson, et al. 2012.

Los resultados del instrumento WCPS, muestran que a la mitad de las participantes siempre las cuidaron con amor y bondad; mientras que la otra mitad nunca sintieron que las cuidaran con amor y bondad; de igual forma, cuando se les preguntó si las o los cuidadores satisficieron las necesidades humanas básicas con dignidad, los resultados son sorprendentes a la mitad siempre los satisficieron sus necesidades humanas básicas con dignidad y a la otra mitad no.

La mitad de las participantes sintió que siempre las y los cuidadores mantuvieron relaciones de ayuda y confianza y la otra mitad opinaron que nunca las y los profesionales que los atendieron buscaban establecer relaciones de ayuda y confianza.

Si pasamos ahora a la creación de un ambiente de cuidado que ayude a sanar, la mitad respondieron que sintieron que nunca les ayudaron. Y por último la mitad consideraba que nunca les valoraron y respetaron las creencias personales y la fe, teniendo en cuenta que la espiritualidad y la fe juegan un papel tan importante en la lucha contra el cáncer. (Khiyali et al, 2023)

En resumen, estos resultados muestran que el equivalente a una persona siempre percibió un trato humanizado, mientras que el resto consideraron que nunca o algunas veces divisaron un trato donde se le cuidará con amor y bondad, se le satisficiera sus necesidades con dignidad, se crearan relaciones de ayuda y confianza, le crearan un ambiente para sanar y por supuesto se les valorará y respetará las creencias religiosas.

Segunda sesión de valoración

Posteriormente se realizó la segunda sesión para la entrevista de enfermería, con preguntas basadas en los 11 patrones funcionales de salud de Gordon. Además, se emplearon estrategias de cuidado humanizado. Como primer elemento se creó el momento de cuidado, para

crear una conexión con la persona participante mediante: la escucha activa, la empatía, la compasión, además, se respetaron sus valores y necesidades para que las personas participantes sintieran la confianza de contar aspectos de su historia de vida que puedan causarle angustia.

4.1.5. Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

La presente práctica dirigida adoptó el método de la tele enfermería, por lo que las valoraciones de enfermería se efectuaron de manera virtual, con una duración de aproximadamente 45 minutos, en algunos casos las participantes decidieron contar con la colaboración de algún familiar.

El primer paso que se efectuó en la valoración de enfermería fue la historia clínica de como inició el proceso del cáncer gástrico, con signos y síntomas de la enfermedad, personas o lugares donde consultaron y todo lo referente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El siguiente paso, consistió en indagar exhaustivamente con preguntas relacionadas a cada uno de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

La información relevante y precisa acerca del estado de salud de las personas oncológicas participantes se muestran en la sesión de casos clínicos, posterior a cada área de valoración de los patrones funcionales, se encuentra un análisis con la valoración exhaustiva para poder desarrollar planes de cuidados individualizados y adecuados a sus necesidades específicas.

4.2 Fase II del Proceso de Enfermería: Diagnóstico

Para diagnosticar con precisión y planificar el proceso de cada una de las participantes, luego de cada valoración de enfermería se ingresaron los hallazgos en la plataforma NNN consult, donde se efectuó la conversión de los hallazgos obtenidos de la valoración a etiquetas diagnosticas en lenguaje taxonómico NANDA.

Al realizar una valoración humanizada donde se evaluó a las personas holísticamente los diagnósticos obtenidos, algunos son basados en problemas o en riesgo o bien de promoción de la salud o disposición, que reflejan las principales necesidades que tienen las personas oncológicas durante el proceso del cáncer gástrico.

De tal manera que se crearon cuadros comparativos en los que se insertaron los diagnósticos de NANDA con sus respectivas definiciones, características definitorias y sus factores relacionados o de riesgo factores relacionados, condiciones asociadas o población en riesgo para vincularlos con una o más respuestas humanas. Posteriormente se realizó la red de razonamiento lógica para priorizar los diagnósticos de cada participante y así obtener el diagnóstico principal y aquellos secundarios prioritarios y, por último, se puede analizar las relaciones de las éticas diagnosticas en la tabla de relaciones de cada participante.

Cada caso clínico se planificó individualizado y centrado en la identificación de las necesidades prioritarias y preferenciales de cada participante para brindar intervenciones de enfermería de calidad humanizada. En este sentido, la elección de las etiquetas diagnósticas para la ejecución del proceso de enfermería se efectuó empleando el razonamiento clínico y las habilidades de juicio crítico de la profesional de enfermería.

Por lo que no necesariamente, se emplearon los diagnósticos NANDA con mayor cantidad de relaciones en la red de razonamiento lógica, puesto que por las condiciones del proceso del cáncer gástrico existen intervenciones que con los recursos y condiciones disponibles para esta práctica no se podían realizar por lo que se priorizaron aquellos diagnósticos que las condiciones de salud física, psicológica, espiritual y social de las participantes y los recursos de la profesional en enfermería permitieran una posible mejoría en la respuesta humana.

4.3 Fase III: Planificación

Con los diagnósticos NANDA establecidos para abordar con cada participante, se planifican resultados esperados (NOC) y sus indicadores para corto y largo plazo, los cuales se alcanzarán mediante intervenciones de enfermería (NIC).

Se planificó incluir en las sesiones, las generalidades del cáncer gástrico y protocolo ERAS, la razón de utilizar este protocolo, dado que tres de las participantes se encuentran en etapa paliativa y existe el riesgo inminente de gastrectomía paliativa por la obstrucción de la salida gástrica, perforación y sangrado por el tumor. (Cowling et al, 2021) La evidencia científica ha demostrado que el protocolo ERAS mejora la recuperación en comparación con los métodos tradicionales.

Por otro lado, se hizo uso de las reuniones educativas se encuentran entre varias actividades de educación en salud continua, que sirven para aumentar el conocimiento y los resultados de la atención de salud; la evidencia muestra que aquellas reuniones con formato educativo interactivo tuvieron un efecto mayor que las que utilizaron un formato didáctico. La naturaleza de las reuniones educativas varió desde el punto de vista de objetivos, contenido, número de participantes por sesión, duración y la manera de evaluar. (Forsetlund et al, 2021)

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, el programa educativo para cada participante de la práctica dirigida empleó la metodología de reuniones educativas virtuales para brindar educación a las personas oncológicas y sus familias; a través de pequeñas reuniones interactivas, para facilitar el aprendizaje y mejorar la práctica de enfermería, cada sesión educativa de la ejecución contenía objetivos, material educativo con evidencia científica, número de participantes por sesión, duración y la manera de evaluar se empleó de manera general la retroalimentación.

En este sentido se comprende, el método de enseñanza es una estrategia de enseñanza de transmisión bidireccional de información. El personal imparte educación sobre la salud al participante en un lenguaje sencillo y luego permite que describa en sus propias palabras lo comprendido, para determinar su nivel de conocimiento. (Wang et al, 2023)

4.4 Fase IV: Ejecución

Los programas educativos variaban en el contenido según la individualización del cuidado, incluían de manera general todas las dimensiones de cada participante con temas relacionados con autocuidado, alimentación, manejo de fatiga y ansiedad entre otros. La educación virtual se impartió en forma de diálogo o conversatorio, donde la profesional de enfermería impartió información e interactuó con las participantes en un ambiente de apoyo, en cada sesión de intervención, se fomentó las preguntas y respuestas como parte del proceso de retroalimentación y con ello, entender las inquietudes y necesidades, promoviendo el entorno de enseñanza-aprendizaje. También se ofrecieron contenidos interactivos, como infografías, para permitir a las participantes aplicar lo aprendido de manera práctica.

La ejecución del programa educativo de tele-enfermería estaba previsto para ser realizado en dos sesiones, pero en algunos casos se llevó a cabo en una sola. Además, las reuniones se programaron para ser llevadas a cabo a través de la plataforma Zoom, pero por diversos motivos algunas sesiones se tuvieron que realizar por medio de vídeo llamadas a través de WhatsApp.

Fuera de las sesiones programadas de tele-enfermería existió la asistencia a través de mensajes WhatsApp. Las participantes solían contactarme cuando necesitaban ayuda de profesional de enfermería en la toma de decisiones relacionadas con su salud, lo que refleja la confianza y la relación de apoyo que se construyó en el programa educativo.

Síntesis de la ejecución de los principios del cuidado humanizado en el programa de enfermería para personas adultas con cáncer gástrico

Al efectuar el proceso de enfermería con un enfoque de cuidado humanizado, se emplearon tanto el "Momento del Cuidado" como la "Relación Transpersonal" y algunos Procesos Caritas de Cuidado de la teoría de Watson, además fue necesario el rescate de los aspectos humanos con la aplicación de habilidades por parte de la enfermera responsable de esta práctica dirigida, de tal manera que se respetó la libertad y la autonomía de las personas oncológicas para no abordar determinados diagnósticos de enfermería.

Los momentos del cuidado transpersonal presentaron desafíos únicos por la modalidad virtual, pero aun así fue posible cultivar una conexión significativa y auténtica; por medio de las reuniones de Zoom y las conversaciones por WhatsApp, se pusieron en práctica los principios fundamentales de la teoría de Watson, como la empatía, la autenticidad y la conexión de humano a humano.

Durante las sesiones de tele-enfermería, la empatía fue un factor que se contempló. Antes de cada sesión, la profesional de enfermería se colocó en el lugar de las participantes para ver si estaban en condiciones de salud para sesionar; esto se llevó a cabo a través de mensajes de texto constante que informaban sobre el estado de ánimo y los síntomas relacionados con los efectos secundarios de la quimioterapia, para así poder programar las sesiones.

Al planificar los procesos de enfermería de cada participante se contemplaron algunos de los Procesos Caritas de Cuidado se emplearon de la siguiente manera PCC 1 "Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado" se empleó propiamente en la valoración de las participantes.

En el caso del PCC 2 “Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundas y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar “y el PCC 4: “Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado, de apoyo - confianza”; dichos procesos se practicaron, a través de estar pendiente y evacuar las dudas de las participantes mediante mensajes de WhatsApp, evitando sentimientos de abandono y descuido.

Con lo que respecta al PCC 5: “Constituir y apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos, de la mano con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida” durante la valoración se realizó una exploración profunda de los sentimientos y emociones de la persona oncológica, así como de sus creencias e ideas espirituales; por su parte, en la ejecución se proporcionó recursos para ayudar a la persona a enfrentar sus problemas por lo que las participantes se sintieron apoyados y adquirieron una mayor conciencia de sus sentimientos y emociones.

La sesión de tele-enfermería empleó el PCC 6: “La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones/ El uso de todas las maneras del saber, maneras múltiples del saber/hacer como parte del proceso del cuidar.” Se basó en la evidencia científica de enfermería empleada en las estrategias de tratamiento individualizadas donde se proporcionaron recursos educativos adecuados para promover el autocuidado.

La aplicación del PCC 7 “Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu-salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”. Dicho proceso se practicó con las intervenciones psicológicas propuestas para fomentar la relajación de mente-cuerpo.

Por su parte el PCC 8 “uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado”, en donde se empleó la creatividad y el arte en la planificación de intervenciones a través de la educación en salud, de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), como herramienta para la curación-cuidado.

Aunado a ello, el programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico se desarrolló bajo un enfoque de educación para la salud por lo que las intervenciones propuestas fueron meramente educativas de allí que se pusiera en práctica el PCC 9: “Participar de una experiencia autentica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser –significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros”.

En síntesis al aplicar los procesos de Caritas de Cuidado en la valoración de las necesidades de las participantes, la planificación y ejecución de la intervenciones de cuidado es el reflejo de la efectividad del cuidado holístico y centrado en la persona, a través de los enfoques de enfermería de enseñanza-aprendizaje, desarrollo de creencias-esperanzas, solución de problemas, expresión de emociones, relación ayuda-confianza y asistencia a las necesidades humanas que se encuentran en la teoría del cuidado humano.

4.5 Fase V: Evaluación

4.5.1 Evaluación del Proceso de Enfermería

La última sesión de tele-enfermería de cada participante, inició evaluando los procesos de enfermería con los NOC, a través de la recopilación de datos como la observación y el informe de la persona participante, acerca de la respuesta humana a las intervenciones de enfermería realizadas. Estos resultados se compararon con las puntuaciones diana establecidos en la sesión de planificación. El impacto de los cuidados de enfermería prestados a las participantes se evaluó

mediante escalas tipo Likert de cada NOC y en algunos casos, con instrumentos de evaluación específicos.

En general, la evaluación de los NOC se identifica en algunos casos respuesta humana de cambios significativos como resultado de las intervenciones propuestas. Sin embargo, también se observaron situaciones en las que se considera que la respuesta humana esperada podría requerir más tiempo.

4.5.2 Evaluación de la Práctica Dirigida

En igual forma, se efectuó la evaluación de la práctica dirigida, se realizó desde la perspectiva de las personas que recibieron el cuidado y desde mi perspectiva, mediante la aplicación de las escalas WCPS y Watson Caritas Self-rating Score, respectivamente. Con esto se pudo conocer el nivel de satisfacción de las participantes con el cuidado recibido en el programa educativo, así como evaluar mi desempeño profesional al aplicar la teoría y la filosofía de la ciencia del cuidado humano.

A continuación, en la tabla número 3 se muestran los resultados obtenidos de la escala WCPS evaluados por las tres participantes que completaron todas las sesiones de la práctica dirigida.

Tabla 3

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score evaluando la práctica dirigida.

Ítems	Rango de puntuación						
	N (%)						
	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca						Siempre
1. Me cuidaron con amor y bondad	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
2. Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
3. Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
4. Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
5. Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome la esperanza.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)

Fuente: Elaboración propia, con datos de Watson, et al. 2012.

La evaluación del cuidado con la escala WCPS reveló que todas las participantes experimentaron un alto nivel de satisfacción, donde siempre consideraron que el desempeño fue el adecuado: se les cuidó con amor y bondad, se satisficieron sus necesidades humanas básicas con dignidad, se encontraron relaciones de ayuda y confianza, se creó un ambiente de cuidado que ayudó a sanar, se valoraron sus creencias personales y su fe, permitiéndoles esperanza.

Como parte de la evaluación de la práctica dirigida se les hizo una serie de preguntas para recabar las opiniones de las participantes sobre el Programa de Enfermería Basado en el Cuidado Humanizado para Personas Adultas con Cáncer Gástrico (ver Anexo n°13).

En esta evaluación, todas las participantes coincidieron en que el cuidado brindado fue de gran ayuda. Las participantes valoraron especialmente sentirse escuchadas y la forma en que se abordaron los temas, la confianza que sintieron al tener una relación enfermera-paciente y el ambiente de apoyo emocional que se les brindó. Entre los puntos en los que las participantes desearían cambiar se encontró la virtualidad ya que las opiniones se dividieron, pues una participante considero que virtualmente es mejor y las otras dos les hizo falta el contacto cara a cara de la presencialidad.

De la misma manera, todas las participantes que evaluaron la práctica dirigida compartieron una opinión acerca de que la información proporcionada fue clara, comprensible y de gran ayuda para la salud de ellas. Además, muchas de ellas decidieron adoptar algunos hábitos saludables que aprendieron durante el programa reflejando el impacto directo y la aplicabilidad de la información proporcionada.

Por otra parte, es importante destacar que la práctica de cuidado humano en el Programa de Enfermería Basado en el Cuidado Humanizado para Personas Adultas con Cáncer Gástrico

también fue evaluada desde mi perspectiva personal. Esta autoevaluación aumentó una perspectiva valiosa sobre mi propia práctica y los elementos esenciales del cuidado humanizado.

Para desarrollar un programa educativo con enfoque de cuidado humano, se requirió aplicar los puntos de referencia propuestos por Watson que se mencionaron en el marco teórico, que buscan promover los valores del altruismo humanitario, para honrar la dignidad humana y de esta manera sean considerados al proporcionar cuidados.

Como primer punto, para brindar un cuidado humanizado a las participantes, primero me esforcé por practicar autocuidado de manera humanizada. Esto incluía ser consciente de mí misma a través de la sensibilización y la autoevaluación. Esto me ayudó a reconocer mis sentimientos, emociones y necesidades, además, de empoderarme para satisfacerlas y conectarme con la armonía de alma, cuerpo y espíritu. Esta conexión conmigo misma, me proporcionó bondad y autoaceptación para luego procurar que las participantes alcancen un estado de armonía y equilibrio.

Aunado al párrafo anterior, antes de las sesiones individuales me tomé el tiempo para empezar el día con gratitud, ante las situaciones estresantes que se presentaban respiré profundo y acepte lo que no se podía controlar. Esto complementado con rutinas de práctica de ejercicio y meditación.

Seguidamente en la tabla 4 se muestran los resultados de la escala Watson Caritas Self-rating Score posterior a la práctica del autocuidado y conectar conmigo misma en cuerpo, alma y espíritu, razón por la cual, considere todos los ítems de la autoevaluación en siempre. Lo que me proporcionó una visión más completa de cómo aplicar la práctica del cuidado humano a las personas con cáncer gástrico del programa educativo.

Tabla 4

Watson Caritas Self-rating Score evaluación de la práctica dirigida.

Items	Nunca						Siempre
	1	2	3	4	5	6	7
1) Me trato con amor y amabilidad							X
2) Practico el autocuidado como medio para satisfacer con dignidad mis necesidades básicas como ser humano							X
3) Mantengo relaciones de ayuda y confianza conmigo							X
4) Promuevo un ambiente de cuidado que me ayudo a crecer							X
5) Valoro mis creencias personales y mi fe, permitiéndome el éxito personal							X

Fuente: Elaboración propia, con datos de Watson, et al. 2014.

4.6 Casos Clínicos.

4.6.1 Participante AMA:

4.6.1.1 Datos generales. Femenina de 65 años, costarricense, viuda, pensionada por invalidez visual, trabajaba como cocinera en una escuela, de creencias católicas, actualmente vive con su única hija y dos nietos.

En la primera sesión de tele-enfermería, al consultarle a la participante sobre alguna experiencia de cuidado durante el actual proceso de enfermedad del cáncer gástrico, manifiesta que desea calificar a el hospital Raúl Blanco Cervantes, donde fue hospitalizada para completar estudios y posteriormente recibir el diagnóstico de la enfermedad. Los datos se muestran en la tabla 5, la atención fue recibida durante la pandemia por COVID-19.

Tabla 5

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante AMA, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital

Raúl Blanco Cervantes.

Items	Nunca					Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Me cuidaron con amor y bondad							X
2. Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad							X
3. Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo							X
4. Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar					X		
5. Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.					X		

Fuente: elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

La segunda sesión tuvo una duración de aproximadamente 40 minutos, donde se recopilaron datos a través de la entrevista con la participante y su familia propiamente la hija, durante la sesión se pudo observar el comportamiento, el estado físico y la interacción de la persona participante con su entorno.

De manera que en la segunda sesión de tele enfermería se efectuó la valoración por patrones funcionales, donde la participante de la práctica dirigida requirió contar con la presencia de la hija, puesto que al ser una adulta mayor muestra dificultad para relacionarse con el uso de tecnologías y además, presenta problemas de memoria, lo que le impide recordar datos importantes para la valoración, seguidamente se muestran la información ordenada por patrones, con su respectivo análisis de la información.

4.6.1.2 Valoración por Patrones Funcionales de Gordon.

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud: Inicialmente consultó a médico privado por presentar distensión abdominal y dolor; es internada por presentar ascitis y para completar estudios (ultrasonido, tomografía computarizada, gastroscopia) siendo en el 2020 diagnosticada con cáncer gástrico, desconoce el estadio.

A.M.A. es alérgica a los siguientes medicamentos: Voltaren y Tramal; en cuanto a enfermedades, padece de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, vértigo, pérdida de visión parcial y, además, fue diagnosticada de cáncer gástrico, ha presentado ascitis recurrente, aproximadamente en el mes de enero del 2023, presento el último episodio de ascitis, sin embargo, no requirió paracentesis, no obstante, continua con la ascitis. Dentro de los medicamentos que consume diariamente se encuentran: Ibersartan, Amlodipina, Furosemida, Amitriptilina, Morfina, Lactulosa y Espironolactona; tiene una buena adherencia a tratamientos farmacológicos.

En cuanto a las quimioterapias ha recibido 8 ciclos de quimioterapias, compuesta por Epirrubicina, no recuerda los demás nombres. Los efectos secundarios que le provocaron fueron los siguientes: mareos, fatiga, estreñimiento, alopecia y los días de aplicación del tratamiento citotóxico presenta náuseas; actualmente se encuentra en estudios para ver si continua con más ciclos. Dentro de sus antecedentes quirúrgicos se encuentran una canonización. Por otra parte, niega fumado e ingesta de bebidas alcohólicas, nunca ha sido transfundida. Cabe señalar que es capaz de realizar actividades básicas de forma autónoma, aunque recibe ayuda por su discapacidad visual, actividades como compras y el mantenimiento del hogar las realiza la hija. Se observa una adecuada higiene personal y un buen cuidado de su salud.

Los mareos/vértigos y el desequilibrio son los síntomas más predominantes en las y los adultos mayores, alrededor del 20% de la población mayor de 60 años presentan estos síntomas. (Cao et al, 2021) La presencia de este trastorno del equilibrio más la discapacidad visual que la participante manifiesta, ocasionan un riesgo de alteración de este patrón, puesto que existe un riesgo inminente de accidentes y caídas.

En igual forma, el patrón se considera alterado por la presencia de ascitis peritoneal recurrente puesto que, puede generar peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en otras palabras, la infección del líquido ascítico, el cual es una complicación muy común en personas que presentan ascitis. (Duah & Nkrumah, 2019)

Patrón 2: Nutricional / Metabólico: Con respecto a la alimentación, AMA refiere que no tiene dificultades para masticar o deglutir, usualmente realiza cuatro tiempos de alimentación, en los que incluye frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres, con respecto a los lácteos son los que procura no consumir, dado que le ocasionan intolerancia alimenticia, si los productos no son deslactosados. Eventualmente cuando presenta ascitis, procura no consumir líquidos.

Actualmente A.M.A. pesa 50 Kilogramos y mide 148 centímetros, datos con los cuales se logra calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) de 22.8 Kg/m², lo cual se encuentra dentro de los parámetros normales. Un aspecto por tomar en cuenta es que antes del cáncer gástrico pesaba 56 Kg, no obstante, el apetito no le ha disminuido ni aumentado.

De acuerdo con lo anterior, se considera que existe riesgo de alteración debido a que la ingesta de líquidos consumidos cuando presenta ascitis es escaso, aunado a esto, los medicamentos utilizados como los diuréticos podrían afectar el recambio de hidratación de la persona. Un punto para tener en cuenta es que la restricción de líquidos a 1-1,5 L/día, solo se reserva para aquellos casos de ascitis que presentan hipervolemia clínica con hiponatremia grave (sodio sérico <125 mmol/L). (Aithal, et al, 2021)

Patrón 3: Eliminación: La Morfina le produce estreñimiento, suele presentar heces duras y dolor al defecar, puesto que defeca cada 3 días aproximadamente, por lo que le recetan laxantes, un aspecto a tener en cuenta es que los métodos no farmacológicos como el consumo de frutas, no le funcionan. Con respecto a la micción, hay que tener en cuenta que consume diuréticos, presenta polaquiuria y nicturia. Se debe agregar que expresa no tener dolor, ardor o dificultades para miccionar, además, el aspecto de la diuresis es clara.

En vista de lo anterior, el patrón se considera alterado por presentar una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de una evacuación difícil con heces duras. Otro aspecto por lo que se considera alterado el patrón, es por el aumento en el número de micciones durante el día y la noche.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio: En este momento lleva un estilo de vida sedentario, dentro de las actividades de ocio y recreo se encuentra escuchar música y disfrutar del jardín. En otras palabras, no realiza ningún tipo de actividad física, puesto que el vértigo y la discapacidad

visual la ha limitado con problemas de equilibrio e inestabilidad. Actualmente requiere ayuda o supervisión de otra persona, por lo que las actividades como compras y el mantenimiento del hogar las realiza la hija; cabe señalar que antes de la pandemia por Covid-19, solía salir a caminar con sus hermanas y amigas.

El patrón se considera alterado, al no realizar ningún tipo de actividad física. Las actividades recreativas, como las actividades físicas son componentes clave de una vida saludable, para las personas adultas mayores son igual de importante. (OMS, 2022) El COVID-19 provocó cambios en las rutinas de ejercicio de AMA y además, aumentó el comportamiento sedentario de ella.

Patrón 5: Sueño-Reposo: No presenta problemas para dormir ni para conciliar el sueño, manifiesta que duerme entre 11 y 12 horas al día, con un sueño reparador. Vale la pena señalar que el consumo de Amitriptilina le genera somnolencia, asimismo, la nicturia no le ha afectado en la calidad del sueño.

De acuerdo con el párrafo anterior, es claro que el patrón no se encuentra alterado, la adulta mayor no tiene deterioro del sueño, la interrupción del sueño que sufre por la nicturia y la polaquiuria, no han tenido efectos perjudiciales para iniciar y mantener el sueño, a su vez, los efectos secundarios de algunos medicamentos han contribuido a que la cantidad y calidad del sueño sea excelente.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: Se visualiza consciente, orientada en las #3 esferas, es una adulta mayor que cuenta con la capacidad de seguir indicaciones, no tiene ninguna alteración de olfato de gusto o sensibilidad táctil, ni auditiva. Con respecto a la visión si tiene problemas visuales, que le han generado una discapacidad visual lo que incide en tener dependencia para ciertas actividades, puesto ni con anteojos medicados logra observar, aparte de eso expresa

problemas de memoria con frecuencia, como el olvido de las tareas que iba a realizar, del mismo modo, el olvido de información referente a su salud, hay que mencionar que dicha situación le frustra y le irrita. En cuanto al dolor, desde que cuidados paliativos le indicó Morfina, no sufre de ningún dolor.

En vista de lo anterior, el patrón se considera alterado la discapacidad visual ha tenido implicaciones en las tareas de la vida diaria de la adulta mayor, originando dependencia e incapacidad de brindarse autocuidado; otro rasgo por lo que se considera alterado es por los problemas de memoria, el deterioro de la memoria cognitivo leve es una parte del envejecimiento a partir de los 65 años (Tyrrell y otros, 2020) dicho deterioro de la memoria le inicio a edades tempranas puesto que la participante recientemente cumplió los 65 años.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto: No se identifican problemas con su imagen corporal, su cuerpo y su estado de ánimo no han experimentado cambios importantes. Por el contrario, ahora disfruta de algunos cambios como tener el cabello corto. Al mismo tiempo luce tranquila, se siente querida y aceptada por su familia.

Los sentimientos positivos que la persona manifiesta sobre sí misma, es un buen indicador de la aceptación de los cambios provocados por el cáncer gástrico, por lo que el patrón no se considera alterado, puesto que posee una adecuada integración de su aspecto físico, cognitivo, conductual y afectivo.

Patrón 8: Rol-Relaciones: Actualmente vive con su hija y sus nietos, anterior al cáncer vivía sola, el cambio de domicilio no le afectó. Por otra parte, ocasionalmente comparte con hermanas y sobrinos, por lo que si cuenta con una red de apoyo.

El apoyo familiar y principalmente la relación entre madre e hija, ha sido parte fundamental para enfrentan los grandes desafíos que con llevaron el diagnóstico y el tratamiento

del cáncer de estómago, los ajustes de la familia no significaron crisis por lo cual el patrón no se considera alterado.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción: Se encuentra en la menopausia sin síntomas relacionados, nunca ha presentado sangrado vaginal post menopaúsico solo tuvo una gestación y desde que enviudo no tiene vida sexual activa.

No existen cambios en la vida sexual y reproductiva por lo que el patrón se considera sin alteraciones.

Patrón 10: Afrontamiento-Tolerancia del Estrés: Dentro de los cambios que ha experimentado, generados por el diagnóstico del cáncer gástrico se encuentra, el cambio de domicilio y la apariencia física en el cual se ha adaptado al estrés que generan dichas situaciones. El apoyo familiar ha coexistido por lo que ha sido un gran soporte.

El diagnóstico, el tratamiento y el afrontamiento del cáncer gástrico con todos los cambios que este involucra, es un desafío que podrían generar situaciones de estrés, pero en el caso de la persona oncológica AMA, ha logrado sobrellevar con éxito dichos escenarios y la respuesta al estrés ha sido adaptativa a los cambios, por lo que el patrón no se considera alterado.

Patrón 11: Valores-Creencias: Católica, la pandemia por Covid-19 interfirió en la práctica religiosa, puesto que por miedo a contagiarse dejó de asistir, sin embargo, su Fe sigue intacta.

Con respecto a la información suministrada, se deduce que es una católica no practicante, a la cual la enfermedad del cáncer gástrico no afectó sus creencias, por lo tanto, el patrón se considera no alterado.

Una vez que se ha recopilado toda la información, la profesional de enfermería analizó cuidadosamente los datos, para identificar problemas de salud, necesidades y factores que

puedan estar afectando la salud de la participante. En la tabla 5 se muestran los patrones que se encuentran alterados, las necesidades percibidas se muestran en etiquetas diagnósticas NANDA de enfermería, con las respuestas humanas percibidas, con sus respectivas definiciones y componentes.

Tabla 6

Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante AMA.

Respuesta Humana	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Definición	Características Definitorias (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud			
Ascitis recurrente Paracentesis Inmunosupresión Diabetes	[00004] Riesgo de infección	Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	Inmunosupresión Retención de los líquidos corporales FRI FRI
Sufre de vértigo Pérdida de visión parcial Problemas de equilibrio e inestabilidad.	[00038] Riesgo de traumatismo físico	Susceptible a lesiones físicas de gravedad y de aparición repentina que requieren atención inmediata.	Debilidad Deterioro del equilibrio postural Visión inadecuada no tratada FRI FRI FRI
Patrón 2: Nutricional-metabólico			
Procura no consumir líquidos Presenta ascitis recurrente Polaquiuria y nicturia. Paracentesis. Medicamentos diuréticos como Furosemida y Espironolactona.	[00027] Déficit de volumen de líquidos	Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.	Alteraciones que afectan la absorción de líquidos Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos Desviaciones que afectan la eliminación de líquidos Conocimiento inadecuado de la necesidad de líquidos Ingesta insuficiente de líquidos Mujeres CD CD CD FRE FRE PR

Patrón 3: Eliminación

Quimioterapias			Esfuerzo excesivo en la defecación	CD
Efecto secundario de la Morfina.			Evacuar menos de tres deposiciones a la semana	CD
Heces duras	[00011]	Evacuación difícil o infrecuente de heces	Esfuerzo excesivo en la defecación	CD
Dolor al defecar.	Estreñimiento		Heces duras	FRI
Defeca cada 3 días			Preparaciones farmacológicas	FRI
Sedentarismo			Adultos mayores	PR
			Ingesta insuficiente de líquidos	FRE
			Mujeres	PR
Presenta polaquiuria y nicturia.	[00016]	Disfunción en la eliminación urinaria.	Micciones frecuentes	CD
Diuréticos	Deterioro de la eliminación urinaria		Nicturia	CD
			Mujeres	PR
			Adultos mayores	PR

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Sufre de vértigo	[00097]			
Pérdida de visión parcial	Disminución del	Disminución de la estimulación, interés o participación en actividades recreativas o de esparcimiento		
Problemas de equilibrio e inestabilidad.	compromiso de actividad recreativa		Aislamiento terapéutico	FRI
Dependencia			Deterioro de la movilidad física	FRE
Edad				

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

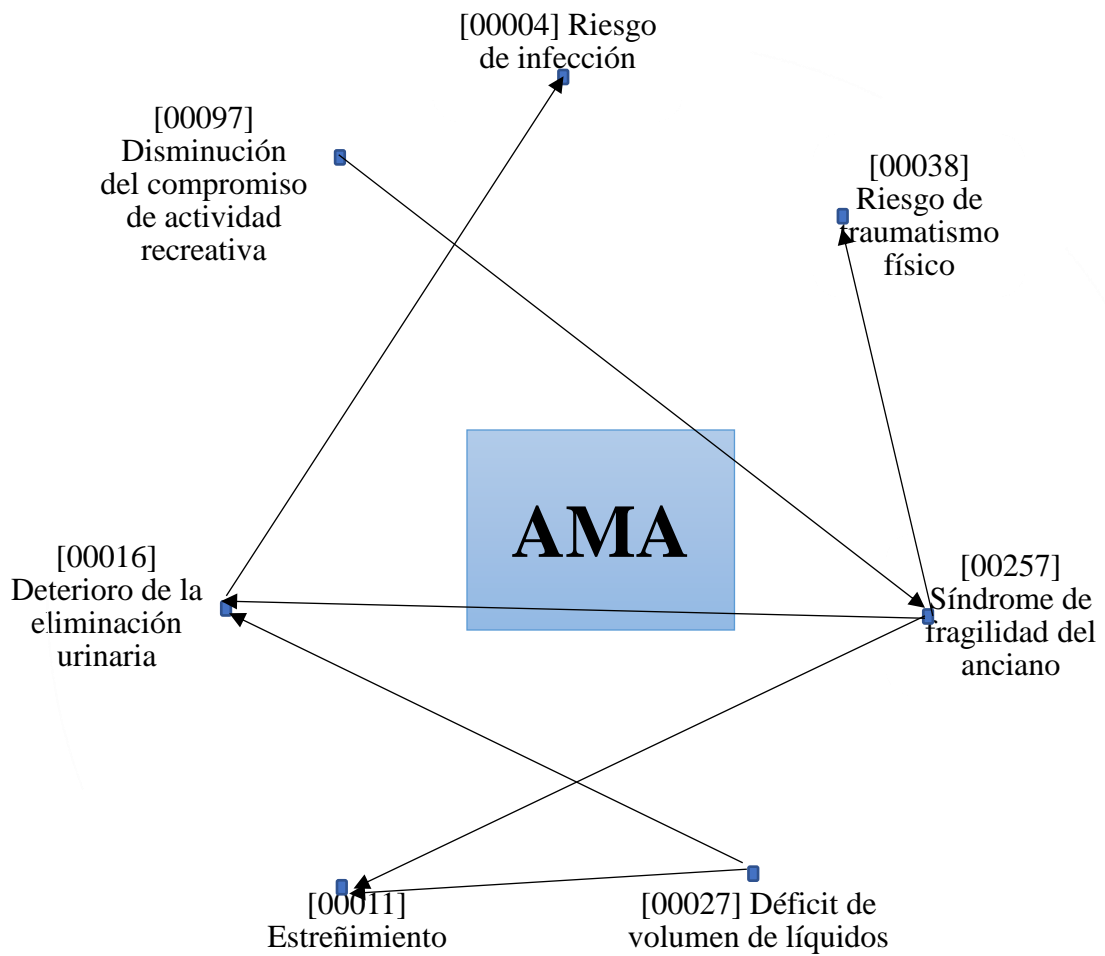
Pérdida de visión parcial		Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva un aumento en la susceptibilidad a efectos	Disminución de la tolerancia a la actividad (00298)	CD
Problemas de equilibrio e inestabilidad.	[00257]		Deterioro de la memoria (00131)	CD
Problemas de memoria	Síndrome de fragilidad del anciano		Deterioro de la movilidad física (00085)	CD
Diabetes mellitus, hipertensión arterial.			Miedo a caerse	FRE
Estilo de vida sedentario.			Deterioro del equilibrio postural	FRE

Edad.	adversos en la salud, en particular a la discapacidad.	Estilo de vida sedentario Enfermedad crónica Mujeres	FRE FRI PR
-------	--	--	------------------

Fuente: elaboración propia.

Figura 1

Red de razonamiento lógico para la participante AMA.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7

Relaciones de etiquetas diagnósticas de la participante AMA.

Etiqueta diagnóstica	Relaciones que salen	Relaciones que entran	Total de relaciones
[00257] Síndrome de fragilidad del anciano	3	1	4
[00016] Deterioro de la eliminación urinaria	1	2	3
[00027] Déficit de volumen de líquidos	2	0	2
[00011] Estreñimiento	1	1	2
[00038] Riesgo de traumatismo físico	1	0	1
[00004] Riesgo de infección	0	1	1
[00097] Disminución del compromiso de actividad recreativa	1	0	1

Fuente: Elaboración propia.

Después de una valoración exhaustiva, y analizar los datos de la participante AMA, la profesional de enfermería encargada de esta práctica dirigida realizó el juicio clínico, consiguiendo el resultado de 5 patrones alterados, que derivan 7 etiquetas diagnósticas de enfermería, de ellos 4 diagnósticos son basados en problemas, además, de 2 diagnósticos de riesgo y 1 diagnóstico de síndrome.

Al efectuar la red de razonamiento lógico (Figura 1), se observa como el diagnóstico principal es el síndrome de fragilidad del anciano y cómo se relacionan con los diferentes diagnósticos entre sí, dado que el síndrome de fragilidad del anciano conduce a resultados de salud adversos como riesgo de caídas o de traumatismo físico. La disminución del compromiso

de actividad recreativa es un factor de riesgo importante para este síndrome y que se relaciona con problemas como el estreñimiento y el deterioro de la eliminación urinaria.

En este contexto, es importante señalar que el síndrome de fragilidad del anciano es un diagnóstico de enfermería que incluye una serie de diagnósticos de enfermería adicionales que abarcan aspectos específicos del estado de salud de la persona anciana participante. Tales aspectos se relacionaban con la disminución de la tolerancia a la actividad (00298), el deterioro de la memoria (00131) y el deterioro de la movilidad física (00085); por lo que al efectuar la elección de los diagnósticos de enfermería solo se contempló el síndrome de fragilidad del anciano puesto que las intervenciones abarcarán estos diagnósticos adicionales.

Como se muestra en la Tabla 7, los diagnósticos secundarios son: deterioro de la eliminación urinaria, el cual se observa como una necesidad dependiente del diagnóstico principal, puesto que existe conexión directa entre ellos; otros diagnósticos secundarios son el estreñimiento y el déficit de volumen de líquidos al igual se encuentra relacionados con el diagnóstico principal, puesto que los cambios asociados a la edad, con respecto alimentación conducen a problemas para la evacuación.

Es importante considerar que al planificar el proceso de enfermería de la participante AMA, no necesariamente se trabajaron los diagnósticos de enfermería con mayores relaciones en la red de razonamiento, puesto que existen diagnósticos secundarios que según la fisiopatología del cáncer y su tratamiento no se pueden corregir en este momento y por ende las intervenciones de enfermería no serán efectivas. Por esta razón y siguiendo el orden de prioridad, se eligieron diagnósticos que pueden ser abordados mediante intervenciones de enfermería, aunque no posean tantas conexiones en la red de razonamiento.

Por ejemplo, el deterioro de la eliminación urinaria posee las conexiones suficientes para considerarse un diagnóstico secundario, no obstante, es un diagnóstico originado como efecto secundario del tratamiento del cáncer gástrico, la ascitis y de otras enfermedades crónicas para las cuales debe consumir diuréticos no existe la posibilidad de realizar intervenciones de enfermería para mejorarle esta respuesta humana.

Lo mismo ocurre con el estreñimiento, este diagnóstico está relacionado con el uso de la morfina y las estrategias no farmacológicas del dolor, algunas intervenciones de enfermería ya han sido efectuadas en la participante sin presentar respuestas efectivas.

Teniendo en cuenta lo anterior, los diagnósticos con que se trabajaron son los siguientes: síndrome de fragilidad del anciano como diagnóstico principal, y el déficit de volumen de líquidos y el riesgo de infección como diagnósticos secundarios.

Seguidamente, en las tablas 8, 9 y 10 se muestran los procesos de enfermería, en dichas tablas se pueden observar los diagnósticos abordados, con sus respectivas identificaciones de resultados, además se crearon intervenciones individualizadas y centradas en las necesidades de la persona, y por último se evaluaron los resultados.

Tabla 8

Proceso de enfermería: Diagnóstico Síndrome de fragilidad del anciano, participante AMA.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00257] Síndrome de fragilidad del anciano
	Definición:	Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.
Identificación de Resultados	Envejecimiento físico [0113]	Movilidad [0208]
	<ul style="list-style-type: none"> • Agudeza visual • Memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del equilibrio • Marcha
Planificación de Intervenciones	NIC	
	Actividades	
	[4760] Entrenamiento de la memoria	<p>Proporcionar oportunidades para la concentración, como el juego de emparejar cartas.</p> <p>Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.</p> <p>Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>Fomentar actividades creativas, según corresponda.</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</p>
	[4310] Terapia de actividad	<p>Instruir a la familia para que ofrezca un refuerzo positivo para la participación en actividades.</p> <p>Permitir la participación de la familia en las actividades, según corresponda.</p> <p>Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.</p>
[6490] Prevención de caídas	<p>Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.</p> <p>Sugerir al paciente cambios en la marcha.</p>	

Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda.

NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:	
		Inicial	Diana	Tiempo		
Evaluación:	[0113] Envejecimiento físico	[011318] Memoria	2	4	7 días	Escala 2 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal
	[0208] Movilidad	[020801] Mantenimiento del equilibrio	2	4	7 días	Escala:1 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
		[020810] Marcha	2	4	7 días	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9

Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante AMA.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00004] Riesgo de infección				
	Definición:	Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud				
Identificación de Resultados	Estado inmune [0702]	Control del riesgo: proceso infeccioso [1924]				
	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores • Pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce los factores de riesgo personales de infección • Identifica signos y síntomas de infección 				
Planificación de Intervenciones	NIC	Actividades				
	[6550] Protección contra las infecciones	<p>Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p> <p>Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.</p> <p>Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.</p> <p>Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.</p>				
	[1260] Manejo del peso	Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.				
Evaluación:	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	
	[0702] Estado inmune	[070202] Tumores	1	1	15 días	Escala 14 1. Grave 2. Sustancial

	[070206] Pérdida de peso	2	3	15 días	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
[1924] Control del riesgo: proceso infeccioso	[192401] Reconoce los factores de riesgo personales de infección	1	5	15 días	Escala:13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4.
	[192405] Identifica signos y síntomas de infección	1	4	15 días	Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10

Proceso de enfermería: Diagnóstico Déficit de volumen de líquidos, participante AMA

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00027] Déficit de volumen de líquidos				
	Definición:	Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.				
Identificación de Resultados	Hidratación [0602]					
	• Membranas mucosas húmedas					
	NIC	Actividades				
Planificación de Intervenciones	[0590] Manejo de la eliminación urinaria	Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda.				
	[4130] Monitorización de líquidos	Monitorizar las entradas y salidas. Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed. Observar si hay signos y síntomas de ascitis.				
	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	
Evaluación:	[0602] Hidratación	Membranas mucosas húmedas	2	3	15 días	Escala 1 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido

5. No
comprometido

Fuente: Elaboración propia.

Habiendo definido los planes de cuidado de la participante, se realizó el cronograma de las sesiones correspondientes al programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson, llevándose a cabo bajo un enfoque de educación en salud en dos sesiones educativas.

El diseño del contenido educativo se dividió de la siguiente manera, en la tercera sesión se abordó con una charla magistral participativa contenidos acerca del cáncer gástrico con sus generalidades enfocada en las necesidades detectadas en la valoración como el riesgo de infección y el déficit de volumen de líquidos, asimismo la cuarta sesión se trató el síndrome de fragilidad del anciano junto con el protocolo ERAS.

Tomando en cuenta que el programa se realizó por medio de la tele-enfermería el plan de enfermería se ejecutó mediante la confección de material digital, este material consistió infogramas.

4.6.1.3 Diagnósticos a abordar en la sesión III:

- [00004] Riesgo de infección
- [00027] Déficit de volumen de líquidos

Bases Científicas de la Sesión: La práctica basada en la evidencia fue fundamental en la tele-enfermería, por lo que se necesitó acceder y evaluar los resultados de investigaciones para satisfacer de manera segura las necesidades integrales y complejas de la participante, en el marco conceptual del documento contiene la información sobre el cáncer gástrico.

Infección y Cáncer

Las personas con enfermedad oncológica tienen un mayor riesgo de infecciones debido a factores que contribuyen a la susceptibilidad, el propio tumor afecta al sistema inmunitario del

huésped al inducir un estado catabólico y desnutrición, lo que conduce a la inmunosupresión (Kubeček et al, 2021)

Es importante enumerar las complicaciones del cáncer gástrico y la ascitis con especial énfasis en cómo reconocer y prevenir infecciones, tomando precauciones como orientar a las personas oncológicas y sus familiares sobre las medidas básicas de higiene como lavado de manos frecuente, evitar el contacto con personas enfermas, informar a las y los visitantes no deben visitar si se encuentran con enfermedades infecciosas transmisibles.

Otros aspectos claves que se incluyen la educación de las personas oncológicas y sus familias son las fugas y/o infección de los sitios de punción luego de la paracentesis, la importancia de evitar los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). (Fabrellas et al, 2020) Es indispensable que las personas oncológicas reconozcan signos y síntomas tempranos de infección. Además, conozcan cómo se define la fiebre, entre otros aspectos cómo tomarse la temperatura. (Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO), 2022)

Dentro de las estrategias para prevenir infecciones, se destaca la dieta balanceada el cual ofrece múltiples beneficios para las personas con cáncer entre las que se destaca prevenir infecciones. (Moradi Moghaddam et al, 2022) La ingesta inadecuada de macronutrientes (proteínas, carbohidratos y grasas) o micronutrientes (vitaminas, minerales y oligoelementos) y altera el estado sistema inmunitario provocando una mayor vulnerabilidad a las infecciones. (Moradi Moghaddam et al, 2022)

Hidratación

Con lo que respecta, al déficit del volumen de líquidos, la falta de hidratación y las implicaciones fisiopatológicas del desequilibrio de líquidos pueden provocar complicaciones graves en la población oncológica. (Bennet et al, 2021) La participante posee muchos factores

que pueden causar un desequilibrio entre los niveles de electrolitos y agua como lo son: vivir en una zona calurosa, el envejecimiento, padecer de diabetes, cáncer, y el uso de diuréticos.

Un método no invasivo para vigilar la deshidratación en la población con cáncer consta de vigilar tres variables la saliva, las lágrimas y la orina, hay que tomar en cuenta a menudo están ausentes o pueden ser engañosos. (Bennet et al, 2021) La evidencia sugiere que la deshidratación puede tener consecuencias importantes para la salud, como estreñimiento, problemas de cognición y daños renales.

El papel de enfermería en la prevención del déficit del volumen de líquidos originado por la ascitis, requiere de intervenciones de prevención que incluyen temas como: capacitaciones en nutrición con dietas restringidas en sodio de 4,6 a 6,9 g/día., la importancia de cuantificar la cantidad de líquidos ingeridos y excretados, asimismo, abstinencia del consumo de alcohol, control de los efectos secundarios de los medicamentos diuréticos, el control de la función renal, la evaluación periódica el peso y la circunferencia abdominal. (Çelik & Bektaş, 2021)

Con la edad el agua corporal total disminuye, lo que resulta en una menor cantidad de líquidos almacenados. Este aspecto se ve exacerbado por el uso frecuente de diuréticos y laxantes por lo que la cantidad recomendada de líquidos consumidos en mujeres mayores de 65 años, se les debe ofrecer al menos 1,6 L de agua al día. (Beck et al, 2021)

Dentro de las estrategias para aumentar el consumo de agua en la población adulta mayor se encuentran: el agua potable disponible y visible, incluir alta disponibilidad de bebidas, variedad de opciones de bebidas, oferta frecuente de bebidas, acompañadas de asesoramiento y educación. La mayoría de las intervenciones aumentaron con éxito la ingesta de agua. (García-García, 2022)

Seguidamente en la tabla 11, se muestra el plan didáctico de la sesión educativa de la sesión III de los temas generalidades del cáncer gástrico enfocada en las necesidades detectadas en la valoración como el riesgo de infección y el déficit de volumen de líquidos.

Tabla 11

Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante AMA.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los riesgos de infección asociados con el cáncer gástrico y cómo prevenirlos. • Explicar qué es la fiebre y formas correctas de tomarla. • Promover el reconocimiento signos y síntomas de infección originados por la ascitis. • Promover el uso de prácticas de higiene adecuadas para prevenir la infección en la persona oncológica. • Enseñar alimentación balanceada para prevenir infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como prevenir infecciones • Reconocer signos de infección de la ascitis. • Cuidados de enfermería en la ascitis. • Como medir la temperatura corporal. • Prácticas de higiene en el hogar. • Alimentación saludable. 	<p>La sesión comienza con una charla explicativa sobre la importancia de comprender y prevenir las infecciones en personas con cáncer gástrico.</p> <p>Se presentó una explicación detallada sobre las infecciones en la ascitis</p> <p>Se proporciona consejos prácticos sobre prácticas de higiene adecuadas, alimentación saludable y a como mediar la temperatura.</p>	<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>25 minutos</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la importancia del equilibrio de líquidos en personas con cáncer gástrico y cómo mantenerlo adecuadamente. • Fomentar la ingesta de líquidos. • Enseñar métodos para vigilar la deshidratación. • Fomentar las dietas bajas en sodio. • Enseñar métodos para cuantificar la ingesta y excreta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratación, cantidad y tipo de líquidos que se deben consumir. • Signos y síntomas de deshidratación en saliva, lágrimas y orina. • Signos de alarma en déficit de volumen de líquidos. • Importancia de medir las ingestas y excretas. 	<p>Se brinda una breve explicación sobre la importancia de la hidratación y la necesidad de mantener un equilibrio adecuado de líquidos en el cuerpo. Se explica cómo la deshidratación y el exceso de sodio en la dieta pueden tener un impacto negativo en la ascitis.</p> <p>Se envía por WhatsApp material educativo, que incluía consejos prácticos para mantener una hidratación adecuada.</p>	<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom Infograma</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>20 minutos</p>
--	---	--	--	--------------------------	-------------------

Fuente: Elaboración propia

4.6.1.4 Síntesis de la Ejecución del Proceso en la Sesión III:

La sesión se llevó a cabo en la plataforma Zoom, se le dio la bienvenida a la participante y a la familiar, se le explicó brevemente sobre el programa de enfermería; posteriormente, se realizó una charla participativa donde se proporciona educación a la participante y a su hija sobre generalidades del cáncer gástrico y la importancia de mantener una adecuada ingesta de líquidos y sobre el aumento de la hidratación en personas con déficit de volumen de líquidos se centró en la necesidad de prevenir y tratar la deshidratación. Se discutió cómo identificar los signos y síntomas de la deshidratación, así como las recomendaciones para aumentar la ingesta de líquidos.

De manera similar, se le brindó educación sobre la ascitis por cáncer gástrico, se discutieron varias estrategias para reducir el riesgo de infección, como el lavado de manos frecuente, evitar visitas de personas enfermas. Se animó a la participante a que le dé seguimiento a los signos y síntomas con regularidad para detectar precozmente cualquier signo de infección.

Se le pidió a la participante y a su familiar crear objetivos por día para aumentar el consumo de líquidos e ir progresivamente aumentando la ingesta; se les explica que estas intervenciones lo que buscan es mejorar las prácticas de alimentación e hidratación en ascitis a través de un cambio de comportamiento que minimice el riesgo de deshidratación.

Al final de la sesión, la participante informó el conocimiento adquirido, además, mostró una comprensión adecuada de los conceptos explicados y expresó una disposición a implementar los consejos dados.

4.6.1.5 Diagnósticos a abordar en la Sesión IV:

- [00257] Síndrome de fragilidad del anciano

Bases Científicas de la Sesión:

Terapia física y Cognitiva

La fragilidad es un estado relacionado con la edad donde existe mayor vulnerabilidad a los factores estresantes debido a la disminución de las reservas fisiológicas, predisponiendo a caídas y fracturas, hospitalizaciones y dependencia. Los efectos del síndrome de fragilidad del anciano, con las intervenciones adecuadas se puede prevenir o reducir. (Apóstolo et al, 2018) Se ha demostrado que caminar a paso ligero mejora la condición cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la composición corporal. (Bai et al, 2022)

Las intervenciones recomendadas para prevenir o reducir el número de caídas incluyen mejorar la seguridad en el entorno de la persona adulta mayor, educación acerca del uso de equipos de asistencia; ejercicio regular para mejorar el equilibrio, la postura, la fuerza muscular y la movilidad de las articulaciones; además, de educación del adulto mayor y la familia sobre conductas seguras como: eliminar todas las alfombras, tapetes y cables innecesarios, que pueden dificultar la movilidad. (Uchmanowicz et al, 2018)

La mejora de la condición física incluye movimientos suaves, lentos, sencillos y seguros, con caminatas de 6 minutos y una prueba de caminata de 400 metros. Estas pruebas requieren solo un pasillo largo (se recomiendan ≥ 30 m) y un cronómetro. Además, se recomienda colocar sillas a lo largo del pasillo y que adultos capacitados caminen detrás de las personas adultas mayores. (Angulo et al, 2020)

La fragilidad física y cognitiva es de particular importancia para las personas oncológicas que se someten a diversos tratamientos, como cirugía, quimioterapia y radioterapia dado que representa una mayor vulnerabilidad para presentar complicaciones en los tratamientos del cáncer. (García-Sánchez et al, 2022) Dado a la disminución de la capacidad para reaccionar favorablemente ante los eventos estresantes que origina el síndrome de fragilidad del anciano.

La gastrectomía es una cirugía mayor que conlleva ciertos riesgos, los resultados quirúrgicos podrían verse obstaculizados por un mal estado físico y cognitivo, por lo que reducir los síntomas del síndrome de fragilidad del anciano y aplicar las intervenciones junto con educación acerca del protocolo ERAS, permitirá a la participante estar preparada para una posible gastrectomía.

La fragilidad es un concepto multidimensional que abarca factores físicos, psicológicos y cognitivos. Los programas de estimulación de la memoria también conducen a cambios positivos en el rendimiento de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve. (Romera-Liévana et al, 2018)

Existen los llamados juegos serios que pueden ser definidos como juegos que han sido diseñados para tener un propósito educativo explícito con fines de promoción de la salud y no están destinados a ser jugados principalmente como entretenimiento, pero aún pueden ser entretenidos para jugar. (Money et al, 2019)

Varios investigadores han informado, el impacto de los programas de ejercicios de la mente en la prevención del deterioro cognitivo en personas adultas mayores, destinado a mejorar, mantener o restaurar la función cognitiva a través de la práctica repetida y estructurada de tareas como: "encuentra las diferencias", laberintos, rompecabezas y juegos de cartas entre adultos mayores, demostrando que los juegos pueden tener un impacto positivo. (Ijaz et al, 2022)

Por lo tanto, al utilizar actividad física y talleres de memoria, se puede mejorar la capacidad física y cognitiva de la adulta mayor teniendo un impacto positivo en su calidad de vida, mejorando el rendimiento a corto plazo, reduciendo las posibles complicaciones posoperatorias y acelerarán la recuperación en un futuro.

A continuación en la tabla 12, se describe el plan didáctico utilizado durante la sesión IV.

Tabla 12

Sesión IV. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante AMA.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la práctica de actividad física como caminar. • Prevenir caídas con el uso de dispositivos de asistencia. • Desarrollar un entrenamiento físico para mejorar el equilibrio • Proporcionar actividades mentales para estimular y mantener la capacidad cognitiva de la participante 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalidades del síndrome de fragilidad del anciano • Beneficios de reducir los efectos del síndrome de fragilidad del anciano. • Métodos para prevenir caídas • Beneficios de los juegos mentales. 	<p>Esta sesión educativa se centró en brindar una charla educativa para empoderar a la participante para que adopten un estilo de vida saludable, fomentando la actividad física, previniendo caídas, mejorando el equilibrio y estimulando la capacidad cognitiva.</p>	<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>20 minutos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar el protocolo ERAS para prevenir complicaciones de posibles cirugías. • Evaluar que la adulta mayor comprenda el protocolo ERAS 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de aplicar el protocolo ERAS 	<p>Se brindó una charla educativa sobre los beneficios del protocolo ERAS y sus componentes principales.</p>	<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>20 minutos</p>

Fuente: Elaboración propia.

4.6.1.6 Síntesis de la Ejecución del Proceso de la Sesión IV:

En esta sesión estuvieron presente la participante y la hija. Inicialmente la persona participante comentó sobre las vivencias y el progreso que tuvo al trabajar en su hidratación. Las intervenciones educativas de la sesión anterior condujeron a lograr mejoras y un cambio en las prácticas de la hidratación.

Esta sesión virtual de tele-enfermería fue una charla magistral participativa en terapia física y cognitiva para adultos mayores frágiles tuvo como objetivo principal proporcionar a la participante información comprensiva sobre la importancia de la terapia física y cognitiva para mantener una buena salud y una vida activa.

Se proporcionó recursos educativos virtuales sobre el tema, incluyendo información con estrategias para mejorar el equilibrio, movilidad, fuerza muscular y memoria. Se habló sobre cómo la actividad física regular son esenciales para mejorar la salud y los beneficios que con lleva para la recuperación mejorada la práctica de actividad física. Se discutieron las estrategias para prevenir caídas, asimismo, a lo largo de la sesión surgieron dudas relacionadas con el tema, las cuales fueron aclaradas por la exponente.

Posteriormente, se explicó el uso del protocolo ERAS para la preparación a futuras cirugías. Durante la sesión, se discutió sobre los beneficios del protocolo ERAS y sus componentes principales como: la educación nutricional, la preparación preoperatoria, la preparación física y la importancia de los cuidados postoperatorios; con el fin de que la participante aprendiera cómo implementar en un futuro el protocolo ERAS.

La educación sobre el protocolo ERAS fue de gran importancia para la hija de la participante. Esto se debe a que, durante la última cita médica, se detectó el crecimiento de una masa en uno de los ovarios de la participante, por lo que prontamente será sometida a resección

quirúrgica. La información proporcionada por el protocolo ERAS fue de gran ayuda para guiar a la participante y a su hija a iniciar con los cambios antes y después de la cirugía.

Durante la ejecución del programa educativo se tuvo que lidiar con la falta de interés de la participante por ser una reunión virtual, donde manifestaba problemas con el uso de la tecnología puesto que por sus problemas de visión le costaba observar el infograma. A pesar de esto, en conjunto con la hija, se ayudó para que se sintiera un poco más cómoda con la tecnología.

Del mismo modo, la participante mostró poco interés en el tema de uso de dispositivos de asistencia, se procedió a brindarle una explicación detallada sobre cómo estos dispositivos pueden mejorar la seguridad. Al final de la sesión, comprendió las recomendaciones y manifestó valorar practicar ejercicio por el beneficio para futuras cirugías.

4.6.1.7 Evaluación del Proceso de Enfermería

En la última sesión del programa educativo basado en el cuidado humano de la participante AMA, se llevó a cabo por la plataforma Zoom. Se evaluaron los NOC para determinar el progreso y el estado de la participante, y se llevó a cabo una entrevista para verificar si hubo cambios en el comportamiento alimentario y de hidratación posterior a la charla educativa. Asimismo, se realizó una evaluación para verificar si hubo cambios físicos y cognitivos con respecto al síndrome de fragilidad del anciano, después de aplicar las estrategias propuestas.

Seguidamente en la tabla 13, se detallan los resultados encontrados en la evaluación de los resultados NOC de la participante AMA.

Tabla 13*Evaluación de los NOC, de la participante AMA.*

Diagnóstico NANDA	NOC	Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final
Síndrome de fragilidad del anciano	Envejecimiento físico	Memoria	2	4	3
		Mantenimiento del equilibrio	2	4	3
	Movilidad	Marcha	2	4	2
Riesgo de infección	Estado inmune	Tumores	1	1	1
		Pérdida de peso	2	3	5
	Control del riesgo: proceso infeccioso	Reconoce los factores de riesgo personales de infección	1	5	5
		Identifica signos y síntomas de infección	1	5	3
Déficit de volumen de líquidos	Hidratación	Membranas mucosas húmedas	2	4	3

Fuente: Elaboración propia.

La evaluación del NOC de envejecimiento físico con el indicador de memoria mostró una ligera mejoría, pasando de 2 desviación sustancial del rango normal a 3 desviación moderada del rango normal. Esto dado corto tiempo desde que la participante implemento estrategias como: el uso de libros de sopa de letras, juegos de cartas. Por lo que se cree que realizar la práctica durante varios meses podría mostrar mejoras significativas en la salud cognitiva.

Por su parte la evaluación del NOC con el indicador de estado inmune muestra que el resultado se mantuvo en 1 grave, debido a que el riesgo de infección asociado a el cáncer gástrico se mantiene puesto que el cáncer se encuentra en etapa paliativa, por lo que no se esperan mejoras en su condición de salud.

Con lo que respecta, a la evaluación del NOC con el indicador de pérdida de peso, muestra mejoras significativas, pasando de una puntuación de 2 sustancial a 5 ninguno, debido a que la participante ha implementado estrategias recomendadas como dieta equilibrada y baja en sodio; mejorando con ello el apetito, lo que le ha permitido recuperar peso.

Algo similar ocurre al evaluar el NOC con indicador de reconocer los factores de riesgo para desarrollar infecciones mostró un gran avance en la participante, pasando de 1 nunca demostrado a 5 siempre demostrado. Esto se debe a que fue capaz de identificar correctamente aquellos factores que presenta que le pueden ocasionar una infección, pero solo reconoce algunos de los síntomas que causa la infección por lo que en este ámbito pasa de 1 nunca demostrado a 3 a veces demostrado.

La evaluación del NOC de hidratación con indicador de membranas mucosas húmedas, fue un aspecto complicado de evaluar debido a la virtualidad, ya que no se pudo observar lo suficientemente bien. Por esta razón, fue necesario tomar la perspectiva de otra persona para

evaluar este rubro considerando que se pasó de 2 sustancialmente comprometido a 3 moderadamente comprometido.

4.6.1.8 Evaluación de la Práctica Dirigida.

Posteriormente a la evaluación de los NOC, se evaluó mi desempeño del trabajo realizado en la práctica dirigida mediante la escala WCPS (Ver Tabla 14). Asimismo, la participante manifestó algunos comentarios sobre el cuidado por tele-enfermería lo considera un proceso complicado, al principio se sintió intimidada, hasta algunas veces un poco incómoda, por la complejidad de la tecnología. A pesar de ello, con la ayuda de la hija logro adaptarse a los obstáculos y agradece los esfuerzos de la profesional de enfermería por la paciencia y brindarle un cuidado humanizado.

Por otra parte, se le hicieron algunas preguntas para evaluar el programa para humanizar el cuidado a lo que respondió. Al consultarle ¿Le gusto el programa de humanizar el cuidado? “Si así deberían explicarle todo a uno en los hospitales” (AMA, 2023) al consultarle ¿Qué le cambiaría al programa?, su respuesta fue: “Sería mejor en persona” (AMA, 2023)

Tabla 14

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante AMA durante el cuidado de enfermería recibido en la práctica dirigida.

Items	Nunca					Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Me cuidaron con amor y bondad							X
2. Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad							X
3. Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo							X
4. Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar							X
5. Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.							X

Fuente: elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

4.6.2. Participante J.A.J.R

4.6.2.1 Datos generales: femenina de 46 años, costarricense, vecina de Alajuela, separada, y de creencias católicas. Trabaja como personal de aseo en una empresa, desde octubre del 2022 se encuentra incapacitada. Actualmente vive con 3 hijos, una sobrina y un nieto, siendo la sobrina la cuidadora principal.

En la primera sesión de tele enfermería, cuando se le preguntó a la participante sobre la experiencia general de alguna situación con el equipo que le brindó cuidados durante el diagnóstico/ o tratamiento del cáncer de estómago, indicó que le gustaría calificar al Hospital San Rafael de Alajuela, el establecimiento que poli consultaba cuando inicio con los síntomas del proceso oncológico. Los datos se observan en la Tabla 15.

Tabla 15

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante JAJR, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital San Rafael de Alajuela.

Items	Nunca					Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
1) Me cuidaron con amor y bondad	X						
2) Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad	X						
3) Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo	X						
4) Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar	X						
5) Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.	X						

Fuente: elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

Posteriormente, se efectuó la segunda sesión de tele enfermería oncológica donde se realizó la valoración de enfermería, por medio de la plataforma Zoom, el cual tuvo una duración de aproximadamente 50 minutos, la participante no requirió colaboración de ningún familiar.

4.6.2.2 Valoración por Patrones Funcionales de Gordon

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud: Los síntomas del cáncer gástrico le iniciaron en el 2021, cuando consultó a la clínica local por presentar disfagia, posteriormente le iniciaron otros síntomas como vómitos, inapetencia alimentaria y sialorrea espumosa, por lo que le indican un esofagograma, teniendo como resultado el diagnóstico de un engrosamiento de esófago. Meses después presentó melena por lo que le realizaron una colonoscopia donde le indican que posiblemente la melena fue por un sangrado digestivo alto.

Aunado a esto, en el año 2022 policonsultó por dispepsia recurrente, sensación de globo faríngeo, pérdida de 18 kilogramos de peso en 6 meses, por lo que en agosto del 2022 le realizan gastroscopía y en octubre del 2022 le diagnostican adenocarcinoma gástrico, con carcinomatosis peritoneal y metástasis en ovarios. Añade ser portadora de un cáncer gástrico en estadio IV. Posterior al diagnóstico presenta ascitis que requirió paracentesis y sangrado vaginal post menopáusico, desde octubre del 2022 hasta marzo del 2023 ha necesitado un total 9 paracentesis, pese a ello, su abdomen se mantiene con ascitis.

JAJR no es alérgica a medicamentos. En cuanto a enfermedades padece de fibromialgia y el adenocarcinoma gástrico que le fue diagnosticado. Dentro de los medicamentos que consume diariamente se encuentran: Gabapentina, Piridoxina, Ácido fólico, Graval, Famotidina, Hidroxizina, Metoclopramida, Espironolactona y Furosemida.

El régimen de quimioterapias que recibe se denomina FOLFOX compuesta por Leucovorina, Oxaliplatino y 5-fluorouracilo, se encuentra en la sexta aplicación. Los efectos

secundarios que el FOLFOX le provoca son los siguientes: náuseas, emesis, fatiga y dolor abdominal.

En general tiene una buena adherencia a tratamientos farmacológicos, niega el consumo de drogas, fumado e ingesta de bebidas alcohólicas, no ha requerido transfusiones, ha sido operada de Colectomía, Apendicectomía, Salpingectomía y colocación de catéter implantable Port a Cath. Cabe destacar que se observa una adecuada higiene corporal y es una persona independiente para las actividades de la vida diaria, asimismo tiene el completo conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento que recibe.

En relación con lo expuesto, se considera en riesgo de alteración puesto que existe el riesgo de infección intraabdominal por la presencia constante de líquido ascítico en la cavidad abdominal, en igual forma la presencia del catéter implantable Port a Cath. En este sentido, las personas diagnosticadas con cáncer tienen mayor riesgo de contraer infecciones, incluidas las infecciones relacionadas con el catéter implantable Port a Cath, debido a la inmunosupresión relacionada con la enfermedad y los tratamientos. (Li et al, 2022)

De la misma forma el patrón se considera en riesgo de alteración, por el riesgo inminente de reacciones alérgicas ante el uso de citotóxicos. Todos los agentes de quimioterapia pueden estar asociados con un tipo de evento adverso llamado reacción a la infusión, que puede caracterizarse como impredecible, no relacionado con la dosis y no explicado por el perfil citotóxico del fármaco. (Galateanu et al, 2023) El Oxaliplatino es uno de los elementos que conforman el régimen Folfox, el cual tiene una incidencia del 2-25% de los casos de provocar reacciones de hipersensibilidad. (Song et al, 2022)

Patrón 2: Nutricional-Metabólico: En la actualidad presenta incapacidad para tolerar la ingesta oral de alimento, por la sensación de globo faríngeo, por ende, solo realiza dos tiempos

de comidas, el desayuno y el almuerzo, en los pocos tiempos de alimentación intenta consumir principalmente frutas, verduras y legumbres, la sensación de plenitud le impiden realizar las meriendas y la cena. Los días posteriores a la colocación de las quimioterapias presenta náuseas, vómitos y cambio en la dieta las quimioterapias le ocasionan una sensación desagradable del sentido del gusto, por lo que solo tolera líquidos en escasa cantidad, calcula que aproximadamente al día consume 1 o 2 vasos de agua.

Actualmente pesa 74 kilogramos y mide 152 centímetros, por lo que el IMC se calcula en 32 Kg/m², lo cual se encuentra en obesidad grado I, ha perdido un total de 18 kilogramos. Refiere encontrarse con ascitis y edema en miembros inferiores, razón por la cual evita consumir líquidos.

Con respecto a la información suministrada, son muchos los factores por los que el patrón se considera alterado, entre ellos el IMC se encuentra superior al 30%, teniendo en cuenta que ha bajado 18Kg de peso todavía se encuentra en obesidad grado I, otro punto a tener en cuenta, es la dificultad para comer y digerir por la sensación de globo faríngeo por lo que no le permite cumplir los tiempos recomendados de alimentación y del mismo modo, no consume alimentos necesario en la dieta como el agua y las proteínas el bajo consumo de ellas le provocará la pérdida de masa muscular.

Cabe destacar, la obesidad al momento del diagnóstico de cáncer empeora el pronóstico, aumentando el riesgo de recurrencia y disminuyendo la supervivencia (Das & Webster, 2022) Ahora bien, la mala nutrición y la pérdida de peso tiene un impacto negativo en las personas con cáncer, puede provocar fatiga; asimismo, la tasa de supervivencia de las personas oncológicas disminuye, puesto que la tolerancia antitumoral se reduce y aumentan las complicaciones por los efectos adversos de los tratamientos. (Qing Guo et al, 2020)

Patrón 3: Eliminación: No presenta problemas para defecar, sus heces son color café, añade no volvió a presentar melena ni sangre en heces, suele defecar sin molestias y con regularidad. En cuanto a la micción, si presenta problemas, diuresis baja o en escasas cantidades, el volumen diuresis los refiere como pocos mililitros al día y el aspecto amarillo concentrado.

Un factor por lo que se considera el patrón alterado, es por el deterioro de la eliminación urinaria a causa de la restricción de volumen y la ascitis, lo que le impide alcanzar el estado de líquidos excretados deseados.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio: Tanto la ascitis como la fatiga post quimioterapias han atenuado una reducción en la capacidad de ejercicio y un rendimiento físico deteriorado, puesto que manifiesta mucha dificultad respiratoria, desde que ocurren estos eventos originados por el cáncer gástrico anterior al diagnóstico solía salir a caminar. Actualmente tiene conductas sedentarias y, además, no disfruta de ninguna actividad recreativa.

Sin duda alguna, la ascitis ha disminuido la capacidad para realizar trabajo físico, dado que presenta dificultad respiratoria por lo que el patrón se considera alterado. Aunado a esto, presenta fatiga relacionada con las quimioterapias que le impiden disfrutar de actividades de ocio. La fatiga con el cáncer se caracteriza por un agotamiento físico, emocional o cognitivo significativo, e interfiere con el funcionamiento habitual de las personas con cáncer. (Neefjes et al, 2017)

Patrón 5: Sueño-Reposo: Los días posteriores a la aplicación de los citotóxicos suele dormir aproximadamente 22 horas, sin embargo, es percibido como un sueño poco reparador que le genera agotamiento físico. Los efectos secundarios de la quimioterapia le producen fatiga, cambios en el estado de ánimo, náuseas y vómitos, todos los cuales directa e indirectamente le interfieren con el sueño, puestos que los medicamentos que le envían para contrarrestar los

efectos adversos de las quimioterapias le generan somnolencia, no obstante, el sueño es ligero y por las noches suele percibir dificultad para permanecer dormida.

En esta perspectiva, el patrón se considera alterado por presentar un sueño ligero y no reparador; en igual forma permanecer 22 horas en cama le reduce la calidad del sueño nocturno y origina agotamiento físico.

Las alteraciones del sueño son muy comunes en diferentes etapas como antes, durante y después de las enfermedades oncológicas, se producen por diferentes motivos, como estrés, trastornos mentales (como depresión y ansiedad), dolor y efectos secundarios del tratamiento. (Strøm et al, 2022) El papel de las siestas durante el día causadas por fatiga relacionada con el cáncer, pueden que no sean tan útiles ya que aumentan los problemas nocturnos. (Büttner-Teleagă et al, 2021)

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: Se visualiza consciente, orientada en las #3 esferas, entiende y comprende que se encuentra recibiendo un tratamiento con intención paliativa para el cáncer gástrico en etapa IV en el que se encuentra. No tiene ninguna alteración de los sentidos de la vista, olfato, sensibilidad táctil, ni auditiva. Como se mencionó anteriormente el sentido del gusto, las quimioterapias le ocasionan alteración del sentido del gusto; habitualmente no sufre de ningún tipo de dolor, en igual forma no tiene problemas de memoria.

En función de lo planteado, se considera que el patrón no se encuentra alterado, la persona oncológica posee información explícita sobre su cáncer gástrico y denota, a través de sus emociones, la aceptación de la realidad de la enfermedad en etapa avanzada en el que se encuentra. Así mismo, no sufre de ningún dolor o algún otro trastorno cognitivo o perceptivo.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto: Su imagen corporal se ha visto afectada por presentar hiperpigmentación palmo-plantar, manchas hiperpigmentadas en la cara por lo que

procura cubrirlas, las manchas son inducidas por los fármacos antineoplásicos. Con lo que respecta a su cuerpo, el bajar de peso lo siente como un cambio positivo, en lo concerniente a el estado de ánimo trata de vivir el día a día y de mantenerse positiva.

En este sentido se comprende que el patrón se considera alterado por los efectos psicológicos significativos que las manchas hiperpigmentadas de la piel especialmente aquellas que tiene localizadas en la cara que le originan, por el impacto emocional que representan sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima.

En representación a lo anterior, las mujeres con cáncer con afecciones dermatológicas que afectan la piel, el cabello, las uñas o mucosas pueden tener secuelas como aquellas que afectan significativamente la calidad de vida, además, alterar la imagen de sí misma y entre otros aspectos su feminidad y su salud mental. En casos graves, las toxicidades dermatológicas pueden causar de interrupción de la terapia contra el cáncer. (Ferreira et al, 2019)

Patrón 8: Rol-Relaciones: Vive en compañía de 3 hijos de ellos 2 son menores de edad, una sobrina y un nieto del cual ella tiene la custodia; aún mantiene comunicación con sus amigos (as) del trabajo. Ella quien actualmente recibe el subsidio por incapacidad y su hijo mayor son los encargados de la carga socioeconómica de la manutención del hogar.

Debido a lo anterior es importante comprender que, a pesar de tener un núcleo familiar pequeño, cuenta con suficiente apoyo, esto se puede notar en los cuidados constante de su sobrina que es su cuidadora principal, de su hijo mayor que le ayuda con las cargas económicas y los dos menores de edad que son su fuente de motivación, por lo que el patrón no se considera alterado.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción: Engendró cinco embarazos y todos fueron parto natural, actualmente su vida sexual se encuentra inactiva. Con lo que respecta, a la menopausia la

presentó en el 2020, el cual fue muy sintomática y afectaba todos los aspectos de su vida, puesto que presentó sofocos, sudores nocturnos, problemas para dormir y cuadros depresivos, la sintomatología le desapareció cuando le diagnosticaron el cáncer gástrico, en ese momento presentó un sangrado post menopáusico, hay que agregar que no volvió a presentar sangrados post menopáusico.

JAJR no presenta cambios en la sexualidad, la carga de los síntomas de la menopausia que afectaba considerablemente la vida personal, social y laboral desaparecieron y en igual forma no volvió a presentar sangrado post menopáusico, por lo que el patrón se considera no alterado.

Patrón 10: Afrontamiento-Tolerancia del Estrés: La menopausia fue un evento extremadamente estresante por la presencia de síntomas desagradables, por lo que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer gástrico lo refiere como “un día a la vez, por lo que cada día es un desafío” y procura adaptarse a los cambios de estos.

Las personas con cáncer generalmente presentan diferentes grados de incertidumbre sobre la enfermedad, que pueden persistir a lo largo de la trayectoria del cáncer desde el momento del diagnóstico, pasando por el tratamiento, hasta la supervivencia a largo plazo. (Guan et al, 2021) Hay dos tipos de estilos de afrontamiento: estilos de afrontamiento activos y negativos. El estilo de afrontamiento negativo tiende a enfrentar los problemas mediante el descuido, la evitación y la negación. (Hao et al, 2023)

Si ya el cáncer por sí mismo genera incertidumbre, el cáncer metastásico con mucha más razón por su naturaleza compleja e impredecible por lo que a pesar de que la persona manifieste adaptarse a los desafíos y cambios que el cáncer le origina. Se considera que el patrón se

encuentra en riesgo porque ella está evitando pensar y hablar sobre la enfermedad y el futuro, al manifestar que "solo vive en un día a la vez".

Patrón 11: Valores-Creencias: De creencias católicas, suele asistir algunos días a la iglesia.

El patrón no se encuentra alterado pues se mantiene practicando la religión católica.

A continuación, se muestran en la tabla 16 el análisis de la información de la participante con los patrones alterados, las necesidades percibidas, los diagnósticos NANDA, y componentes. En la figura 2 se encuentra la red de razonamiento lógico y por último en la tabla 17 se exponen las relaciones entre diagnósticos NANDA.

Tabla 16

Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante JAJR.

Respuesta Humana	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Definición	Características Definitivas (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)	
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud				
Ascitis recurrente Paracentesis Inmunosupresión Obesidad Catéter implantable Port a Cath.	[00004] Riesgo de infección	Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	Inmunosupresión Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo Obesidad Retención de los líquidos corporales Procedimiento invasivo Malnutrición	FRI FRI FRI FRI FRI CA
Catéter implantable Port a Cath. Protocolo Folfox	[00213] Riesgo de traumatismo vascular	Susceptible a una lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones, que puede comprometer la salud.	Solución irritante Tiempo prolongado del catéter en el sitio de inserción	FRI FRI
Protocolo Folfox	[00217] Riesgo de reacción alérgica	Susceptible a una exagerada respuesta o reacción inmune a sustancias, que puede comprometer la salud.	Exposición a químicos tóxicos	FRI

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Quimioterapias Cáncer gástrico Alteración del sentido del gusto	[00002]		Inmunosupresión Neoplasias	FRI CA
Incapacidad para tolerar la ingesta oral de alimento	Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades	Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	Alteración en la percepción de sabor Dificultad para deglutir Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos	FRE FRE FRE
Dos tiempos de alimentación Sensación de globo faríngeo y de plenitud Náuseas			Suministro inadecuado de alimentos	FRE
Régimen Folfox Náuseas y vómito Sensación desagradable del sentido del gusto	[00134] Náusea	Sensación subjetiva y desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.	Sensación de atragantamiento Neoplasias abdominales Régimen terapéutico Sabor nocivo	CD FRI FRI FRE
IMC 32 kg/m2	[00232] Obesidad	Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo, que excede al sobrepeso	Índice de masa corporal > 30 kg/m2 Conducta de sedentarismo que ocurre ≥ 2 horas/día La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad	CD FRE FRE

Patrón 3: Eliminación

Micción pocos mililitros y aspecto amarillo concentrado 1 o 2 vasos de agua por día	[00016] Deterioro de la eliminación urinaria	Disfunción en la eliminación urinaria.	Dificultad para iniciar la micción Mujeres Obesidad	CD PR PR
---	---	---	---	----------------

Patrón 4: Actividad-ejercicio

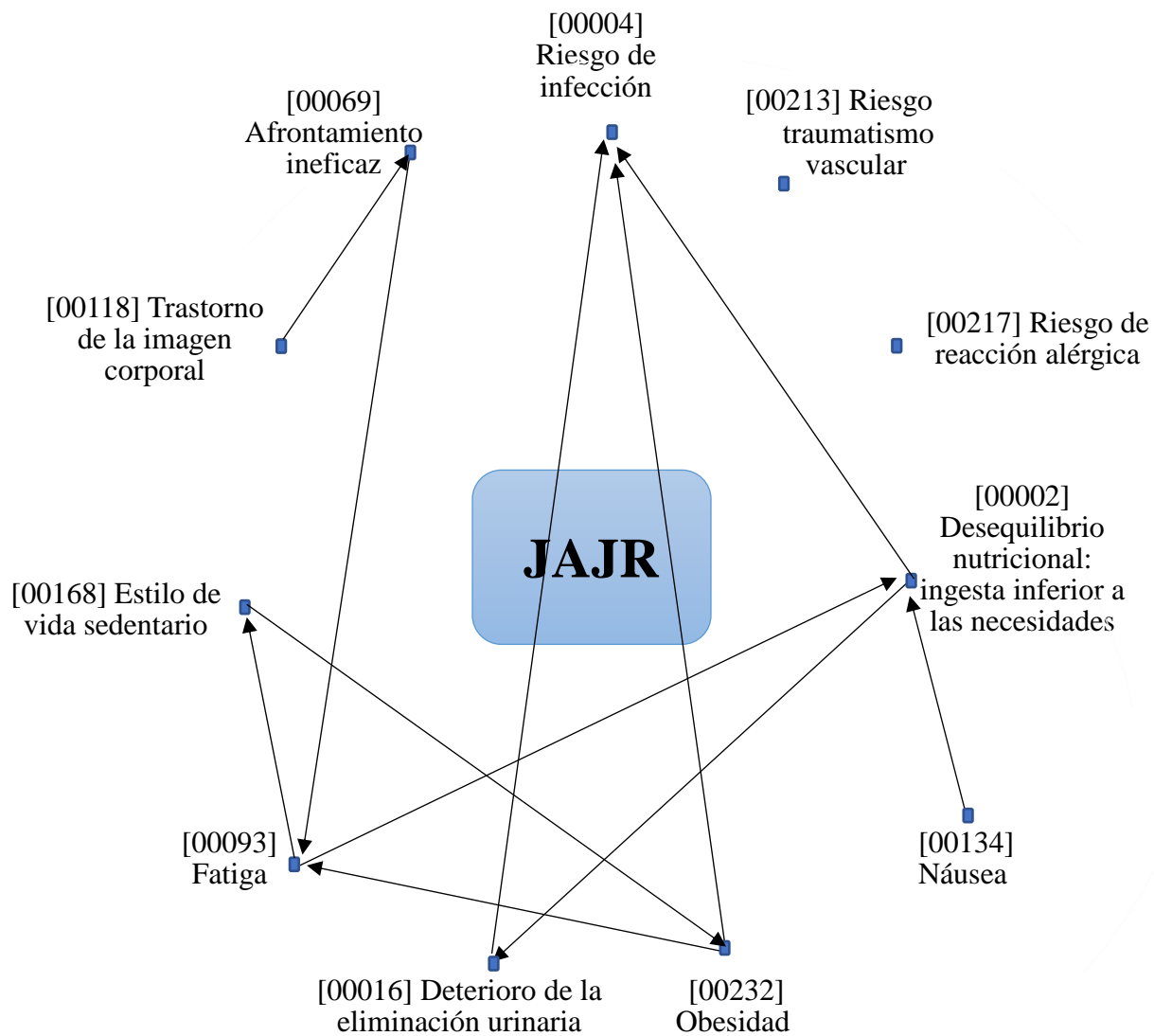
Ascitis recurrente			Dificultad para mantener la actividad física habitual	CD
Régimen Folfox			Expresa cansancio	CD
Dificultad respiratoria	[00093]		Fibromialgia	FRI
Dormir 22 horas	Fatiga		Neoplasias	FRI
Poca tolerancia al ejercicio			Quimioterapia	FRI
			Malnutrición	FRE
Ascitis recurrente			La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad	CD
Fatiga	[00168]	Estilo de vida sedentario	No se ejercita durante el tiempo libre	CD
Dificultad respiratoria			Discapacidad física percibida	FRE
Conductas sedentarias			Mujeres	PR
Ninguna actividad recreativa				
Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto				
Hiperpigmentación palmo-plantar.				
Manchas	[00118]		Expresa preocupación por el cambio	CD
hiperpigmentadas en la cara.	Trastorno de la imagen corporal	Imagen mental negativa del yo físico	Régimen terapéutico	FRI
Impacto emocional de los cambios			Obesidad	CA
Quimioterapias			Mujeres	PR
Patrón 10: Afrontamiento-Tolerancia del Estrés:				
Afrontamiento negativo			Dificultad para organizar la información	CD
Verbaliza fatiga	[00069]		Fatiga	CD
Vive un día a la vez	Afrontamiento ineficaz		Habilidades inadecuadas para la solución de problemas	CD
Sueño no reparador y ligero.			Verbaliza ciclo de sueño–vigilia alterada	CD

Cáncer gástrico en estadio IV	Preparación inadecuada para el factor estresante	FRE
Sin preparación para la etapa final de la vida. Estrés de la menopausia	Personas que atraviesan una crisis situacional	PR

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2

Red de razonamiento lógico para la participante JAJR.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17*Relaciones de etiquetas diagnósticas, participante JAJR*

Etiqueta diagnóstica	Relaciones que salen	Relaciones que entran	Total de relaciones
[00002] Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	2	2	4
[00093] Fatiga	2	2	4
[00004] Riesgo de infección	0	3	3
[00232] Obesidad	2	1	3
[00016] Deterioro de la eliminación urinaria	1	1	2
[00168] Estilo de vida sedentario	1	1	2
[00016] Deterioro de la eliminación urinaria	1	1	2
[00168] Estilo de vida sedentario	1	1	2
[00069] Afrontamiento ineficaz	1	1	2
[00118] Trastorno de la imagen corporal	1	0	1
[00213] Riesgo de traumatismo vascular	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Al realizar un breve análisis de las tablas anteriores, se observa que la participante JAJR, posee 6 patrones funcionales alterados, teniendo 11 etiquetas diagnósticas, de ellos 8 diagnósticos basados en problemas y 3 basados en riesgo. Del mismo modo, al observar la red de razonamiento lógico muestra que el diagnóstico principal es la fatiga y el desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, dado que son los diagnósticos con mayor cantidad de relaciones.

Dentro de sus diagnósticos secundarios se encuentran: el riesgo de infección y la obesidad; hay que tener en cuenta que estos diagnósticos se encuentran en relación con el diagnóstico principal. Al observar la figura 2 se denota como la fatiga tiene un gran impacto en

la calidad de vida de la participante JAJR, originando un estilo de vida sedentario con ello desequilibrios nutricionales y obesidad.

Por su parte, el riesgo de infección de la participante lo proporcionan los factores como la obesidad, el desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades, dado la mayor susceptibilidad originado por la respuesta inmunológica ante los trastornos alimenticios que sufre la participante.

Al realizar el juicio clínico para la planificación y la ejecución del proceso de enfermería se concluye que la obesidad no es un diagnóstico con el que se pueda trabajar para la práctica dirigido, puesto que actualmente la participante tiene una ingesta de alimentos escaso con pérdida de peso, por lo que no tiene sentido planificar estrategias para combatir la obesidad cuando existe un desequilibrio nutricional con poca ingesta de alimentos.

Por lo que la toma de decisiones clínica, se efectuó centrada en las necesidades de la persona; hay que destacar, que los diagnósticos afrontamiento ineficaz y riesgo de infección si bien no tienen tantas conexiones, deterioran diferentes aspectos de la persona por lo que abordarlas mejorará la calidad de vida de la persona participante, por lo que las etiquetas diagnósticas con las que se trabajará en el proceso de enfermería es fatiga y el desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades como diagnósticos principales, como diagnósticos secundarios afrontamiento ineficaz y riesgo de infección.

A continuación, en las tablas 18, 20, 21 se presentan los procesos de enfermería para los 4 diagnósticos prioritarios elegidos, mostrando los diagnósticos NANDA y su correspondiente identificación de resultados, su planificación de intervenciones NIC y sus evaluaciones de resultados NOC.

El nivel de fatiga será evaluado con un instrumento específico para evaluar la fatiga en la población con cáncer, denominada el Inventario Breve de Fatiga (IBF). El IBF consta de 9 ítems que evalúan la percepción subjetiva de la fatiga en diferentes situaciones; 3 ítems evalúan la gravedad de la fatiga (la peor fatiga, la fatiga habitual y la fatiga del momento actual). Los otros 6 ítems evalúan el impacto de la fatiga en diferentes aspectos de la vida. (Lorca et al, 2016).

Cada ítem se califica en una escala de 0 a 10, donde 0 indica que no hay fatiga, 1 a 3 leve fatiga, 4 a 6 moderada fatiga y 7 a 10 severa fatiga. Se puede derivar una puntuación de fatiga tomando la media aritmética de todos los ítems, donde los valores más altos indican más fatiga. (Lorca et al, 2016).

Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.

Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
		Inicial	Diana	Tiempo	
Evaluación:	[000701] Agotamiento	1	4	15 días	Escala 14 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
	[0007] Nivel de fatiga				Escala 1 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
	[000719] Calidad del descanso	1	4	15 días	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19*Escala Inventario Breve de Fatiga participante JAJR.*

ítems	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Fatiga en este momento											
2. Fatiga usual durante las últimas 24 h											
3. Peor fatiga durante las últimas 24 h											
4. Cuánto su fatiga interfiere en su actividad en general durante las últimas 24 h											
5. Cuánto su fatiga interfiere en su estado de ánimo durante las últimas 24 h											
6. Cuánto su fatiga interfiere en su capacidad para caminar durante las últimas 24 h											
7. Cuánto su fatiga interfiere en su trabajo normal (ya sea en su casa o afuera del hogar) durante las últimas 24 h											
8. Cuánto su fatiga interfiere en sus relaciones con otras personas durante las últimas 24 h											
9. Cuánto su fatiga interfiere en su capacidad de diversión (disfrutar la vida) durante las últimas 24 h											

Fuente: elaboración propia.

Tabla 20

Proceso de enfermería: Diagnóstico Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades, participante JAJR.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA: Definición:	[00002] Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.
Identificación de Resultados	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos [1008] <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria oral • Ingestión de líquidos orales 	Estado de deglución: fase faríngea [1013] <ul style="list-style-type: none"> • Atragantamiento, tos o náuseas
	NIC	Actividades
Planificación de Intervenciones	[1450] Manejo de las náuseas	<p>Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar las náuseas. Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.</p>
	[5246] Asesoramiento nutricional	<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.</p>

	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	
Evaluación:	[1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	[100801] Ingestión alimentaria oral	1	3	7 días	Escala 6 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado
		[100803] Ingestión de líquidos orales	1	4	7 días	Escala: 14 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
	[1013] Estado de deglución: fase faríngea	[101303] Atragantamiento, tos o náuseas	2	3	7 días	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21

Proceso de enfermería: Diagnóstico Afrontamiento ineficaz, participante JAJR.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA: [00069] Afrontamiento ineficaz			
	Definición: Patrón de valoración no válida de factores estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o de comportamiento, que no logra manejar las demandas relacionadas con el bienestar.			
Identificación de Resultados	Cognición [0900] <ul style="list-style-type: none"> • Procesa la información • Comprende el significado de situaciones 	Aceptación: estado de salud [1300] <ul style="list-style-type: none"> • Muestra resistencia 		
	NIC	Actividades		
Planificación de Intervenciones	[4700] Reestructuración cognitiva	Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo. Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.		
	[4820] Orientación de la realidad	Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).		
Evaluación:	NOC	Indicador	Puntuación Inicial Diana Tiempo	Número de Escala:

						Escala 1
	[090009] Procesa la información	1	4	15 días		1. Gravemente comprometido
[0900] Cognición						2. Sustancialmente comprometido
	[090013] Comprende el significado de situaciones	1	4	15 días		3. Moderadamente comprometido
						4. Levemente comprometido
						5. No comprometido
						Escala 1
[1300] Aceptación: estado de salud	[130018] Muestra resistencia	3	1	15 días		1. Nunca demostrado
						2. Raramente demostrado
						3. A veces demostrado
						4. Frecuentemente demostrado
						5. Siempre demostrado
						Fuente: Elaboración propia.

Tabla 22

Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante JAJR.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA: Definición:	[00004] Riesgo de infección Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud				
Identificación de Resultados	Estado inmune [0702] <ul style="list-style-type: none"> • Tumores • Pérdida de peso 	Control del riesgo: proceso infeccioso [1924] <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce los factores de riesgo personales de infección • Identifica signos y síntomas de infección 	Integridad tisular: piel y membranas mucosas [1101] <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de la piel • Tejido cicatricial • Eritema 			
	NIC	Actividades				
Planificación de Intervenciones	[1260] Manejo del peso [6550] Protección contra las infecciones	Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.				
	NOC	Indicador	Inicial	Puntuación Diana	Tiempo	Número de Escala:
Evaluación:						Escala 14
	[0702] Estado inmune	[070202] Tumores	1	1	7 días	1. Grave 2. Sustancial

	[070206] Pérdida de peso	1	3	7 días	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
[1924] Control del riesgo: proceso infeccioso	[192401] Reconoce los factores de riesgo personales de infección	1	4	7 días	Escala:13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado
	[192405] Identifica signos y síntomas de infección	1	4	7 días	4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Fuente: Elaboración propia.

Las sesiones educativas para el programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson para la participante JAJR, se ejecutaron mediante dos sesiones educativas de tele enfermería oncológica.

El diseño del programa educativo se desglosa de la siguiente manera: en la tercera sesión se abordaron la fatiga y el afrontamiento ineficaz. En la IV sesión educativa se abordaron el riesgo de infección y el desequilibrio nutricional, junto con el protocolo ERAS y generalidades del cáncer gástrico.

4.6.2.3 Diagnósticos a abordar en la Sesión III:

- [00069] Afrontamiento Ineficaz
- [00093] Fatiga

Bases Científicas de la Sesión:

Aceptación de la Enfermedad

Al recibir un diagnóstico oncológico, se pueden distinguir dos estilos de afrontamiento en función de sus características psicológicas: el estilo constructivo y el estilo destructivo. El estilo constructivo implica espíritu de lucha y reevaluación positiva. El estilo destructivo, por el contrario, se compone de preocupación e impotencia, desesperanza. (Wieder-Huszla et al, 2022)

La adaptación a la enfermedad neoplásica es una cuestión de hacer frente, no solo a la propia enfermedad, sino también a sus efectos secundarios. (Omari et al, 2022) La minimización y la evitación pueden ser problemáticas cuando se convierten en los principales mecanismos de afrontamiento, ya que pueden conducir a escapar del problema. (Wieder-Huszla et al, 2022); por lo que la principal intervención es realizar estrategias sobre la aceptación de la enfermedad, para posteriormente aliviar el malestar emocional y recuperar la estabilidad física.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) es un tipo de intervención basada en la atención plena, que cultivan la conciencia de los pensamientos y emociones. Esta terapia consta de 6 procesos que incluyen: aceptación, difusión cognitiva, estar presente, observarse a sí mismo, clarificación de valores personales y acción comprometida. (Han & Kim, 2022)

Dentro de las estrategias para lograr la aceptación de la enfermedad se encuentran las intervenciones educativas acerca del apoyo social, espíritu de lucha, la evidencia muestra que las personas oncológicas muestran una mejor calidad de vida, cuando se ayuda en la búsqueda de soluciones a los problemas, se centran en los aspectos positivos del cáncer y se comparten sentimientos relacionados con la enfermedad. (Omari et al, 2022)

Los grupos de apoyo pueden crear un ambiente facilitador para que las personas reconozcan el dolor y la injusticia de la vida y la muerte. El proceso terapéutico de los grupos de apoyo promueve la discusión basada en los temas como: la instalación de la esperanza, la universalidad, la catarsis, el altruismo y los factores existenciales, en los miembros del grupo para ayudarlos a enfrentar las duras verdades del cáncer avanzado. (Pereira et al, 2021)

El apoyo entre pares se reconoce cada vez más como crucial para mejorar la salud y los resultados psicosociales en la atención oncológica. Las asociaciones de autoayuda han comenzado a digitalizar su oferta de información, actualmente se encuentran como foros en línea, foros de chat, grupos de Facebook entre otros.

Terapias de Relajación

La expresión de sentimientos y emociones tienen efecto en las intervenciones mente-cuerpo, debido a que se centran en la interacción del cerebro, el cuerpo, la mente y el comportamiento y como estos inciden en la salud física y psicológica.

Las terapias de relajación suelen incluir múltiples estrategias, como las terapias basadas en métodos no farmacológicos con intervenciones educativas con temas como: conservar energía a lo largo del día y conocer los beneficios del ejercicio, la dieta, la musicoterapia, las terapias de masajes, las rutinas de sueño. (Bennett et al, 2016)

Terapia de relajación autoactiva (SART) el cual enfatiza la capacidad de las personas para reconocer los puntos de tensión en el cuerpo y realizar tareas de movimiento que inducen la relajación de cuerpo y mente. La realización de la relajación física promueve la calma mental de manera paralela. (Kabir et al, 2018) Ampliamente se ha utilizado en el tratamiento del cáncer han demostrado ser beneficiosas para mejorar el sueño en poblaciones con cáncer, puesto que los trastornos del sueño en personas con cáncer pueden exacerbarse aún más en aquellos con fatiga relacionada con el cáncer. (Charalambous, et al., 2016; Rajan Samuel, et al., 2021)

La terapia de relajación con imágenes guiadas es otra opción de intervención segura, con evidencia positiva, y que puede formar parte de los Procesos de Enfermería dado que promuevan la atención integral. La terapia de relajación guiada por imágenes se basa en la conexión mente-cuerpo. (Dos Santos Felix et al, 2018) Es una intervención económica, segura y fácil de usar que ayuda a las personas a crear imágenes mentales que brindan paz y comodidad. (Alves da Silva et al, 2021)

Con lo que respecta a ejercicios de relajación, se comienza con una evaluación previa en la que la persona oncológica que se siente con las piernas cruzadas, los brazos extendidos y las manos juntas frente, mueve sus brazos extendidos hacia la derecha lo más que puede, luego regresa al centro y repite la misma acción en su lado izquierdo, cada movimiento se realiza al menos 2 o 3 veces por lado. (Kabir et al, 2018)

Segundo ejercicio, la persona se ajusta a una posición de decúbito lateral, generalmente con la rodilla de la pierna superpuesta doblada y adelantada hacia la cintura se procede con la elevación del brazo por encima de la cabeza, luego al centro y por último hacia abajo. (Kabir et al, 2018)

Al efectuar estas actividades se toma en cuenta el quinto y el noveno proceso caritas denominados “Constituir y apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos, de la mano con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida” y además, Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu-salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.

En la tabla 23 se muestra el plan didáctico de la sesión educativa de la sesión III de los temas de las necesidades detectadas en la valoración como la fatiga y el afrontamiento ineficaz.

Tabla 23

Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativa, participante JAJR.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la aceptación de la enfermedad del cáncer gástrico, y sus complicaciones. • Proporcionar herramientas y orientación a la participante para ayudarla a afrontar la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de afrontamiento. • Consecuencias del estilo destructivo. • Beneficios de las terapias de aceptación y compromiso. • Beneficios de los grupos de apoyo. 	Se planificó un programa educativo de enfermería basado en la aceptación de la enfermedad. Sin embargo, al momento de la intervención, surgieron situaciones imprevistas que impidió que se llevara a cabo el programa educativo de enfermería;	Plataforma de WhatsApp y Zoom.	Retroalimentación	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado emocional de la persona oncológica por medio de técnicas de relajación. • Aumentar el conocimiento de la participante sobre técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de terapias de relajación • Ejercicios de terapias de relajación. 	por la naturaleza compleja de la enfermedad oncológica, la causa exacta de estos imprevistos no se conoce.	Plataforma de WhatsApp y Zoom.	Retroalimentación	20 minutos

Fuente: Elaboración propia.

4.6.2.5 Diagnósticos para Abordar en Sesión IV:

- [00002] Desequilibrio nutricional por ingesta inferior a las necesidades.
- [00004] Riesgo de infección.

Bases Científicas de la Sesión:

Alimentación

El estado nutricional alterado relacionado con la desnutrición, así como el sobrepeso y la obesidad determinan mayores tasas de complicaciones. Las personas con cáncer de estómago suelen tener un bajo nivel de ingesta nutricional diario, lo que sugiere que afecta el funcionamiento general del organismo, la actividad del sistema inmunitario y la capacidad de regeneración. (Ścisło et al, 2022)

Estado nutricional alterado se asocia con un peor resultado a los tratamientos del cáncer gástrico, puesto que hay una respuesta inflamatoria exagerada debido a niveles reducidos de proteínas, por lo que las intervenciones de atención integrada bajo la educación nutricional oncológica tienen por objetivo proporcionar suficientes nutrientes para el cuerpo, reducir los trastornos metabólicos, mejorar la función fisiológica e inmunológica, aumentando la tolerancia a la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. (Cui et al, 2022)

Es importante señalar que el cáncer y sus tratamientos como la quimioterapia y la radiación pueden causar efectos secundarios que afectan el apetito y la digestión como náuseas y vómitos. Estos factores pueden dificultar el consumo requerido de nutrientes, por lo que es necesario de intervenciones para aliviar las náuseas y los vómitos para poder crear estrategias de mejora del estado nutricional.

Las terapias de medicina alternativa y complementaria tienen un lugar especial en el manejo de los síntomas de la enfermedad en personas con cáncer, y entre las terapias que han

demostrado ser efectivas para controlar las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia se encuentran la música y la terapia de masaje, que crean tranquilidad y relajación. (Dadkhah et al, 2019) Por otra parte, estudios indican que el té de jengibre disminuyó las náuseas y los vómitos significativamente en sujetos que recibieron quimioterapia en un 70 %. (Choi et al, 2022)

Existe evidencia que demuestra que eliminar el café y los alimentos olorosos, ricos en grasas y muy dulces, y en su lugar sustituirlos por refrigerios bajos en grasa, suaves y secos (galletas saladas, cereales y tostadas) pueden ayudar con las náuseas. Con lo que respecta, a los líquidos se toleran mejor aquellos fríos, claros y ácidos (jengibre y limonada) y que se tomen en pequeñas cantidades con una pajilla. (Tan et al, 2021)

Las intervenciones relacionadas incluyen el asesoramiento sobre alimentos, cambios en el patrón de comidas (por ejemplo 5 comidas pequeñas al día), refrigerios entre comidas, el establecimiento de metas y de ser necesario suplementos nutricionales orales. Al mismo tiempo, la recomendación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (ACS) es una dieta rica en verduras, frutas y cereales integrales, limitando el consumo de carnes rojas y alimentos procesados. (Baldwin et al, 2016)

La evaluación del estado nutricional, la prevención y el tratamiento del estado nutricional alterado son fundamentales en el seguimiento durante todo el curso del tratamiento del cáncer de estómago. En personas sometidas a cirugía mayor oncológica el estado nutricional es uno de los principales factores de riesgo en cirugía. (Ścisło et al, 2022)

En este sentido, el protocolo ERAS comprende un enfoque multidisciplinario que incluye la fase preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria. ERAS incluye, entre otros, el estado nutricional preoperatorio, para detectar desnutrición, mejorar el estado nutricional y corregir

déficits específicos. (Sánchez León et al, 2023) Por su parte, las intervenciones nutricionales posoperatorias influyen en el retorno temprano a la nutrición oral, el control de la enfermedad y los resultados de una cirugía mayor. (Bossi et al, 2022)

Infección y Cáncer

Dentro de las principales complicaciones del Cateter Port A Cath se encuentran las infecciones, la herida en la piel, la inserción, el mantenimiento y el manejo proporcionan una vía de entrada para las bacterias, lo que aumenta el riesgo de sufrir una infección local, sistémica o del torrente sanguíneo. (Li et al, 2021)

Algunas de las estrategias incluyen la aplicación y remoción continua de adhesivos de grado médico, la descontaminación con antisépticos, utilizando una técnica basada en la fricción. Si bien estas estrategias reducen el riesgo de infecciones, seguir estas recomendaciones expone a irritación y trauma en la piel.

Otra de las estrategias es facilitar la educación, esto incluye información sobre como auto inspeccionar la piel en busca de infección en el sitio de inserción e informar cualquier signo de infección a su centro médico. Las lesiones deben describirse según: color (rosado, rojo, morado, negro). Del mismo modo, al evaluar cualquier exudado, debe tener en cuenta el color (transparente, ámbar, rosado, rojo, verde, amarillo); asimismo, la consistencia (espeso, pegajoso o líquido); por último, el olor del exudado (sin olor o desagradable). (Broadhurst et al, 2017)

Con respecto, a las complicaciones de la ascitis la evidencia científica de las estrategias se encuentra en el caso de la participante AMA.

A continuación, se presenta un resumen del plan didáctico para la sesión IV de la educación sobre generalidades del cáncer gástrico, con un enfoque en las necesidades detectadas

durante la valoración, como el riesgo de infección y el desequilibrio nutricional debido a una ingesta inferior a las necesidades.

Tabla 24

Sesión IV. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante JAJR.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender las generalidades del cáncer gástrico y su impacto en la nutrición. • Brindar información clara y completa sobre terapias de medicina alternativa y complementaria para prevenir y tratar las náuseas y el vómito. • Reconocer los factores que contribuyen al desequilibrio nutricional y abordarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición en cáncer gástrico. • Importancia de la alimentación balanceada durante el proceso del cáncer. • Estrategias para aliviar las náuseas y los vómitos. • Beneficios de las intervenciones nutricionales en el protocolo ERAS 	<p>Se planeó un programa educativo de enfermería en prevención de infecciones y autogestión de la alimentación en cáncer gástrico para ayudar a la participante a aumentar la ingesta de alimentos. Sin embargo, debido a imprevistos, con la enfermedad oncológica no hubo tiempo suficiente para poner en marcha el programa</p>	<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>20 minutos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el riesgo de infección en personas con cáncer gástrico y cómo prevenirlo. • Facilitar la educación sobre los signos y síntomas de infección en el sitio de inserción del 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer signos de infección. • Como medir la temperatura corporal. • Prácticas de higiene en el hogar. 		<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>20 minutos</p>

port a cath y el catéter de paracentesis.

- Proporcionar información sobre como autoevaluarse y describir cualquier signo y síntoma de infección.

Fuente: Elaboración propia

4.6.3. Participante LVCA

4.6.3.1 Datos generales: femenina de 45 años, costarricense, vecina de Sarapiquí, vive en unión libre, actualmente vive con la pareja sentimental, trabaja como agricultora y vendedora ambulante, de creencia cristiana.

La primera sesión de tele-enfermería, tuvo una duración de aproximadamente 35 minutos. Cuando se le preguntó a la participante sobre alguna experiencia de enfermería durante el proceso actual de la enfermedad de cáncer gástrico, ella dijo que quería calificar en el Hospital San Vicente de Paúl en Heredia, donde fue referida para procedimientos de diagnóstico. Los datos de la evaluación se muestran en la tabla 25.

Tabla 25

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante LVCA, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital

San Vicente de Paúl.

Items	Nunca						Siempre
	1	2	3	4	5	6	7
1) Me cuidaron con amor y bondad	X						
2) Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad	X						
3) Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo	X						
4) Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar	X						
5) Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.	X						

Fuente: Elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

La segunda sesión tuvo una duración de aproximadamente 50 minutos, por medio de video llamadas de WhatsApp donde se recopilaron datos a través de la observación y la entrevista con la participante. La participante no requirió colaboración de ningún familiar, no obstante, en ocasiones consultó a los miembros de su familia para corroborar información. A continuación, se presenta la información organizada por patrones funcionales y su respectivo análisis de la información.

4.6.3.2 Valoración por Patrones Funcionales de Gordon.

Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud: en enero del 2021 empezó a poli consultar a la clínica local por presentar epigastralgia, inapetencia alimentaria, disfagia y dispepsia, pese a los medicamentos que le recetaban continuaba con epigastralgia, posteriormente presento pérdida de peso progresivo de aproximadamente 60Kg, estreñimiento y vómitos frecuentes.

En junio del 2022 le realizan una gastroscopia y un ultrasonido endoscópico privado, donde le diagnostican un cáncer gástrico sin metástasis, además de un nódulo pulmonar derecho. Inicia control oncológico donde recibió neoadyuvancia de 6 aplicaciones del protocolo Folfox para posteriormente continuar con cirugía y quimioterapias adyuvantes, según epicrisis en TAC de control la masa mostró reducción hasta del 69%.

El 23 de febrero del 2023 ingresa al quirófano para gastrectomía, sin embargo, no se la realizan puesto que presentó múltiples implantaciones de carcionomatosis en peritoneo, mesenterio e intestino delgado y colón. Finalmente, en marzo del 2023 el médico oncólogo tratante le ofrece quimioterapias con intención paliativa, desconoce del nombre del protocolo.

LVCA anterior al cáncer gástrico únicamente padecía de asma, en el 2021 fue su última crisis, y tiene antecedentes de fumado, consumo de drogas y alcohol. Por otra parte, no es alérgica a medicamentos, en su familia existe antecedentes de cáncer, de tal manera que cuatro

tíos (as) han tenido cáncer entre ellos se encuentran: cáncer de próstata, tiroides y páncreas, recientemente la abuela materna falleció de cáncer gástrico.

En la adherencia a medicamentos, procura consumir medicamentos solo cuando presenta dolor o molestia por sus antecedentes de adicciones. Originalmente le fueron recetados Graval, Omeprazol y Morfina, actualmente solo consume gotas de Tramal y gotas de Cannabidiol o CBD, este último es suministrado por un familiar. En los antecedentes quirúrgicos se encuentran dos cesáreas, salpingectomía, colocación Catéter implantable Port a Cath y recientemente una laparotomía exploratoria.

Para finalizar, cabe señalar que es completamente independiente y autónoma, se observa una adecuada higiene corporal, asimismo tiene el completo conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento que recibe.

Existen muchos puntos para considerar el patrón alterado entre ellos, los fármacos citotóxicos utilizados en la terapia del cáncer gástrico pueden aumentar el riesgo de infecciones puesto por la inmunosupresión que originan, otro factor de riesgo para infecciones en individuos con cáncer es portar un Catéter implantable Port a Cath; además, tiene un procedimiento quirúrgico reciente.

De modo similar, existe un riesgo de alergias por el uso de citotóxicos, aparte de eso, la adherencia a los medicamentos es todo un desafío, por los errores en la toma de decisiones sobre cuales medicamentos consumir, teniendo en cuenta que existe el miedo a las adicciones originadas por el pasado; como consecuencia no está consumiendo medicamentos recetados por el médico y está consumiendo medicamentos que le pueden ocasionar adicciones e interferir con las quimioterapias.

El CBD es un fármaco bien tolerado, beneficioso para las personas oncológicas debido a su capacidad para atenuar algunos efectos secundarios inducidos por la quimioterapia, como náuseas, dolor y pérdida de apetito, pero hay evidencia que sugiere que las interacciones farmacológicas del CBD con algunos medicamentos contra el cáncer como metotrexato, docetaxel, cisplatino, carboplatino, doxorubicina y algunos otros medicamentos. Esto sugiere que el uso concomitante de CBD durante la terapia contra el cáncer puede reducir la probabilidad de un tratamiento exitoso. (Buchtova et al, 2023)

Patrón 2: Nutricional-Metabólico: En el 2021 anterior al inicio de los síntomas del cáncer gástrico pesaba 139kg, posteriormente bajo a 58 kg, con el inicio del protocolo de quimioterapia Folfox presentó un notorio aumento del apetito y todos los síntomas como la inapetencia alimentaria, disfagia y dispepsia le desaparecieron. Su actual peso es de 81kg y mide 157cm por lo que el IMC se encuentra en 32.9 Kg/m². Realiza 5 a 6 tiempos de comida en pequeñas porciones, adicionalmente por ansiedad realiza ingesta de algún otro alimento.

En cuanto a la alimentación, consume todo tipo de alimentos como leche, frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y agua, además, refiere que no tiene dificultades para masticar o deglutir.

En este sentido se comprende que el patrón se encuentra alterado puesto que su índice de masa corporal se encuentra en una categoría de obesidad, realiza todos los tiempos de alimentación y adicional consume más alimentos, por lo que hay un mayor aporte de calorías.

Patrón 3: Eliminación: No presenta problemas para defecar, suele ir con regularidad, sus heces son suaves, no presenta problemas para miccionar, lo realiza sin dolor, ardor o dificultades para miccionar, suele ir con frecuencia y su aspecto es claro.

De este modo, el patrón se considera no alterado puesto que no existe ninguna anomalía para miccionar o defecar.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio: Suele salir a caminar con regularidad, aproximadamente 4 kilómetros. Por lo reciente que tiene la cirugía, le prohibieron realizar ejercicios de alto impacto. Otro aspecto, es que ella realiza ventas ambulantes por lo que suele caminar mucho y es la encargada de realizar las compras del hogar.

En este sentido se comprende que no existe alteración del patrón, la persona está realizando ejercicio con regularidad y de acuerdo con lo que su condición le permite.

Patrón 5: Sueño-Reposo: No presenta problemas para dormir ni para conciliar el sueño, añade que duerme 8 horas al día, con un sueño reparador que la levanta con suficiente energía.

En función de lo planteado, se considera el patrón no alterado.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: Luce consciente, orientada en las #3 esferas, entiende y comprende que el tratamiento para el cáncer gástrico pasó de ser curativo a paliativo. No tiene ninguna alteración de los sentidos del olfato, sensibilidad táctil, ni auditiva, con lo que respecta a la vista utiliza anteojos medicados desde antes de ser diagnosticada con cáncer gástrico.

Cuando recibió la noticia de que no le realizarían la gastrectomía, su médico le pronosticaba 1 año de vida con tratamiento y 3 meses sino lo aceptaba, por lo que tomó la decisión de no someterse a ningún otro tratamiento incluyendo las quimioterapias, porque consideraba que todo estaba perdido y quería tener una muerte digna, con todas las partes de su cuerpo como el cabello y las uñas; posteriormente, recapacitó y decidió continuar con los tratamientos. La toma de esa decisión la tiene con cambios de humor constante y llanto frágil, al miedo de imaginar que los citotóxicos le generen alopecia.

Regularmente presenta conductas ansiosas y se cuestiona por la decisión que tomó con respecto a las quimioterapias, puesto que en la actualidad no presenta ningún dolor o molestia, a diferencia con las quimioterapias con las que alrededor de 3 a 4 días presentaba efectos secundarios como dolor generalizado, náuseas, diarrea y espasmos musculares.

El profundo impacto que en ella generó la noticia de ya no recibir un tratamiento con intención curativa y la poca expectativa de vida, ha provocado importantes dificultades para la toma de decisiones y síntomas depresivos como cambios emocionales y ansiedad, por lo que por estas razones el patrón se considera alterado. La incertidumbre o la angustia que ella experimenta por la toma de decisiones con respecto de la salud al final de la vida y la calidad de esta representa un importante desafío dado que la posible alopecia simboliza la pérdida de la identidad de la imagen corporal.

Los tratamientos oncológicos influyen en las funciones físicas y cognitivas de las personas con cáncer, cada fase del cáncer demanda al menos una decisión específica, por lo que las decisiones deben basarse en beneficios claros y desventajas completamente conocidas. (Sebrí et al, 2019) Las necesidades complejas de las personas al final de la vida exigen una mejor comunicación y la toma de decisiones compartida entre las personas con cáncer avanzado y sus proveedores de atención médica; donde se brindan información sobre los posibles daños y beneficios de cada opción. (Ribi et al, 2022)

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto: Actualmente disfruta todos los cambios que el cáncer gástrico le ha generado como la pérdida de peso, no obstante, manifiesta preocupación anticipatoria por los posibles cambios en su imagen corporal que le puedan originar los citotóxicos, muestra mucha ansiedad, angustia y le preocupan los sentimientos de rechazo de sus hijos por no llegar a tener uñas y cabello.

No existe una autoaceptación porque es mucha la presión que ejerce perder el cabello sobre su autoestima, le preocupa que al ser unos años mayor que su pareja, al no tener uñas y cabello, no sea lo suficientemente femenina para mantener la relación por lo que perder el cabello es perjudicial para su autoestima.

Alguna de las manifestaciones por lo que el patrón se considera alterado son los sentimientos de angustia psicológica como ansiedad y preocupación relacionada con la posible alopecia y las inseguridades que esta situación le origina, que por el miedo al rechazo social la mantiene dudando sobre la toma de decisiones al final de la vida.

Otro aspecto por el cual se considera alterado el patrón es por la baja autoestima, no existe autoaceptación, por lo que su feminidad depende de tener cabello y uñas, existe satisfacción con su cuerpo por la pérdida de peso, una disminución de la calidad de vida por eventos que no han sucedido.

El cáncer puede causar cambios físicos y afectar la satisfacción con la apariencia física de una persona, lo que a su vez puede afectar la calidad de vida en general. La construcción multifacética de la imagen corporal no solo aborda cómo una mujer ve su apariencia y su feminidad, sino que también abarca los cambios relacionados con la imagen corporal en sus roles (en la realización de actividades diarias y el funcionamiento como madre), su participación social, y su funcionamiento sexual. (An et al, 2022)

Patrón 8: Rol-Relaciones: Vive en compañía de su pareja sentimental, cuenta con el apoyo de la madre, los hijos que son mayores de edad, y tías (os); cuenta con una red de apoyo que le ayuda con el acompañamiento al hospital y con ayuda económica.

En función de lo planteado, se considera el patrón no alterado cuenta con apoyo psicosociales y económico para abordar las necesidades de apoyo de la enfermedad y la vida diaria.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción: Es madre de un hijo de 24 años y una hija de 19 años, los partos fueron a través de cesáreas; en esa última cirugía se realizó la salpingectomía, por lo que actualmente no necesita de métodos anticonceptivos; sus menstruaciones son normales cada 30 días y presenta poco sangrando.

En este sentido se comprende, que no existe alteración entorno al patrón de sexualidad y reproducción.

Patrón 10: Afrontamiento-Tolerancia del Estrés: Dentro de las situaciones que más le estresan es el sentimiento de culpa, porque piensa que la causa de su cáncer gástrico es por sus antecedentes de vivir en la calle y el consumo de alcohol y drogas; otro aspecto que manifiesta que genera mucho estrés y ansiedad son los posibles efectos secundarios de las quimioterapias.

En este sentido se comprende que el patrón se encuentra alterado por la ansiedad y estrés anticipatoria a los posibles efectos secundarios de los citotóxicos que aún no le han recetado y por los sentimientos de culpa por las adicciones en años pasados. Es importante entender que el cáncer es una enfermedad compleja y multifactorial. (Ilic & Ilic, 2022) Su desarrollo pudo estar influenciado por una combinación de factores genéticos (por los tipos de cáncer que se han desarrollado en su familia) y el estilo de vida (obesidad, mala alimentación y adicciones).

En relación con este tema, tanto el humo del tabaco como el alcohol son carcinógenos establecidos, no obstante, numerosos estudios han demostrado que la relación entre el tabaquismo y el cáncer gástrico no es suficiente para incluir el tabaquismo como un factor de riesgo de cáncer gástrico, por su parte el consumo de alcohol se asoció positivamente con el

riesgo de cáncer gástrico. El desarrollo de cáncer gástrico antes de los 50 años puede ir acompañado de antecedentes familiares, alrededor del 10% de los cánceres gástricos tienen agregación familiar. (Duan et al, 2021)

Patrón 11: Valores-Creencias: De creencias cristiana desde que inició con los síntomas del cáncer gástrico su Fe creció, asegura que Dios en sueños le revelo su diagnóstico y su sanación.

En función de lo planteado se considera que el patrón no se encuentra alterado, es creyente practicante y no existe conflicto con sus creencias.

A continuación, en la tabla 26, se presentan los diagnósticos NANDA junto con sus definiciones y componentes correspondientes. Además, en la figura 3, se ilustra de manera clara la interconexión entre los diagnósticos NANDA. Finalmente, en la tabla 27, se proporciona información sobre la cantidad de relaciones existentes entre estos diagnósticos.

Tabla 26

Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante LVCA.

Respuesta Humana	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Definición	Características Definitivas (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)	
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud				
Inmunosupresión Catéter implantable Port a Cath. IMC 32,9 kg/m ² Laparotomía exploratoria Obesidad	[00004] Riesgo de infección	Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	Inmunosupresión Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo Obesidad Dificultad para manejar el cuidado de las heridas	FRI FRI FRI FRI
Catéter implantable Port a Cath. Protocolo Folfox	[00213] Riesgo de traumatismo vascular	Susceptible a una lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones, que puede comprometer la salud.	Solución irritante Tiempo prolongado del catéter en el sitio de inserción	FRI FRI
Protocolo Folfox Nuevo régimen de quimioterapia CBD sin indicación médica	[00217] Riesgo de reacción alérgica	Susceptible a una exagerada respuesta o reacción inmune a sustancias, que puede comprometer la salud.	Exposición a químicos tóxicos	FRI
Antecedentes de adicciones de drogas y alcohol	[00276] Autogestión	Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias	Polifarmacia Abuso de sustancias	FRI FRE

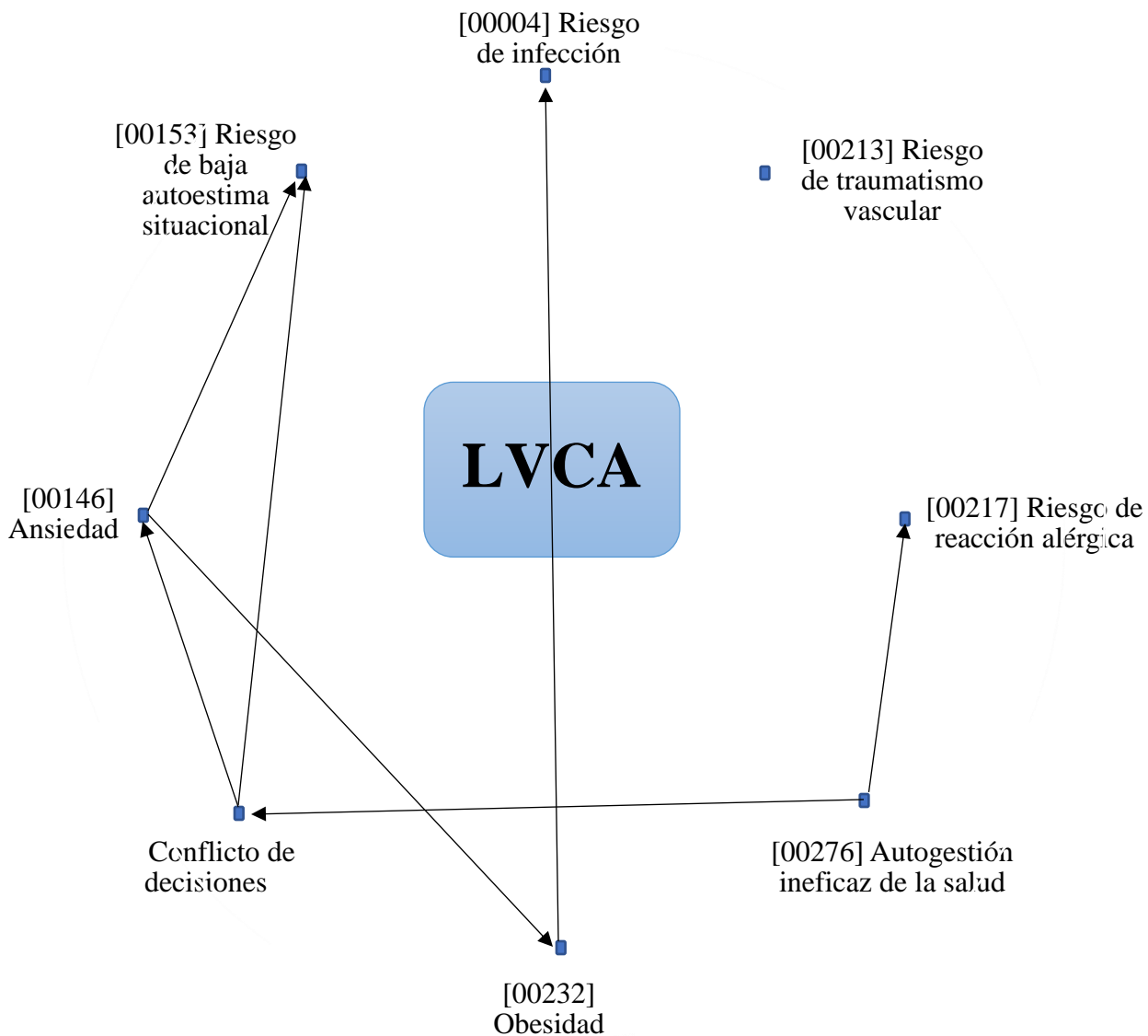
Miedo a crear adicción a los medicamentos recetados	ineficaz de la salud	físicas, psicosociales y espirituales y cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica.	Barreras percibidas hacia el régimen terapéutico	FRE
CBD recomendados por familiar.			Conflictos entre creencias culturales y prácticas de salud	FRE
Quimioterapias			Conocimiento inadecuado del régimen terapéutico	FRE
No consume medicamentos recetados			Dificultad para tomar decisiones	FRE
			Personas con un bajo nivel educativo	PR
Patrón 2: Nutricional-metabólico				
IMC 32,9 kg/m2	[00232]	Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo, que excede al sobrepeso	Índice de masa corporal > 30 kg/m2	CD
Ansiedad por comer	Obesidad		Refrigerios frecuentes	FRE
Patrón 6: Cognitivo-perceptivo				
Nuevo régimen de quimioterapia		Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto en sus valores y creencias personales.	Expresa angustia durante la toma de decisiones	CD
Preocupación por los cambios que traerá las quimioterapias	[00083]		Verbaliza incertidumbre sobre las opciones	CD
Morir con cabello	Conflicto de decisiones		Inexperiencia en la toma de decisiones	FRE
Posible pérdida de cabello y uñas				
Miedo al rechazo				
Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto				
Cambios de humor constante y llanto frágil	[00146]	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro	Estado de ánimo irritable	CD
Miedo al rechazo	Ansiedad		Expresa angustia	CD
Tomar decisiones			Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida	CD

Baja autoestima		inminente inespecífico, una	Llanto	CD
Nuevo protocolo de quimioterapias con efectos secundarios desconocidos.		catástrofe o una desgracia.	Expresa preocupación	CD
Relación de pareja			Estresores	CA
Posible pérdida de cabello y uñas			Situación desconocida	FRE
Llanto			Personas que atraviesan una crisis situacional	PR
			Personas en el período postoperatorio	PR
Nuevo régimen de quimioterapia		Susceptible de cambiar de	Estigmatización	FRI
Preocupación por los cambios	[00153]	percepción positiva a negativa de	Estresores	CA
Posible pérdida de cabello y uñas	Riesgo de	la autoestima, la autoaceptación,	Impotencia	FRI
Antecedentes de vivir en la calle	baja	el autorrespeto, la competencia y	Temor al rechazo	FRI
	autoestima	la actitud hacia uno mismo en	Trastorno de la imagen corporal	FRI
	situacional	respuesta a una situación actual,	Personas con antecedentes de descuido	PR
		lo que puede comprometer la	Personas que experimentan cambio en el	PR
		salud	entorno de vida	PR

Fuente: elaboración propia.

Figura 3

Red de razonamiento lógico para la participante LVCA.



Fuente: elaboración propia.

Tabla 27

Relaciones de etiquetas diagnósticas de la participante LVCA.

Etiqueta diagnóstica	Relaciones que salen	Relaciones que entran	Total de relaciones
[00083] Conflicto de decisiones	1	2	3
[00146] Ansiedad	1	2	3
[00153] Riesgo de baja autoestima situacional	0	2	2
[00276] Autogestión ineficaz de la salud	0	2	2
[00232] Obesidad	1	1	2
[00004] Riesgo de infección	1	0	1
[00217] Riesgo de reacción alérgica	0	1	1
[00213] Riesgo de traumatismo vascular	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la tabla número 26, la participante LVCA al momento de la valoración presenta 4 patrones funcionales alterados, con un total de 8 etiquetas diagnósticas, teniendo así: 4 etiquetas diagnósticas basadas en problemas y 4 basadas en riesgos.

Al efectuar la red de razonamiento lógico (Figura 3), se observa como existen 2 diagnósticos con la misma cantidad de conexiones siendo los diagnósticos principales: conflicto de decisiones y ansiedad. Al abordar estos diagnósticos se efectúan actividades que previenen los factores de riesgo que podrían afectar la salud de la persona en el futuro, como el riesgo de baja autoestima situacional, el cual se encuentra con conexiones con los diagnósticos principales.

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, los diagnósticos con se trabajarán son los siguientes: como diagnóstico principal conflicto de decisiones y ansiedad, de la misma manera,

como diagnósticos secundarios se abordarán el riesgo de infección y la autogestión ineficaz de la salud, por la gran relevancia que tiene para el tratamiento del cáncer gástrico. En este sentido, la elección se basó en el análisis de datos relevantes, se establecieron prioridades en el cuidado.

Al realizar el juicio clínico para la planificación y la ejecución del proceso de enfermería se concluye que la obesidad no es un diagnóstico con el que se pueda trabajar para la práctica dirigido, puesto que actualmente la participante ha tenido una pérdida de peso significativa relacionada con el cáncer, como anteriormente se mencionó la pérdida de peso tiene un impacto negativo en las personas oncológicas, dado que se aumentan las tasas de complicaciones.

A diferencia de lo esencial de abordar la autogestión ineficaz de la salud puesto que el mal uso del CBD puede afectar negativamente la salud de la participante, porque como se mencionó con anterioridad el CBD interfiere con el buen funcionamiento de las quimioterapias, que es necesaria para prolongar la vida.

Seguidamente, se muestran los procesos de enfermería para los diagnósticos NANDA de conflicto de decisiones, ansiedad, riesgo de infección y la autogestión ineficaz de la salud.

Con lo que respecta, a la evaluación de la ansiedad se empleó un instrumento denominado El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés), el cual es una herramienta de evaluación utilizada para medir la gravedad de la ansiedad en individuos. En el 2015 en México Galindo et al validaron la escala en una muestra de pacientes con cáncer. (Toledano-Toledano et al, 2020)

El BAI consta de 21 ítems que evalúan diferentes síntomas de ansiedad, como la sensación de temor, la tensión, la emoción y los síntomas físicos relacionados con la ansiedad. Cada ítem se califica en una escala de Likert de 4 puntos de 0 (nada) a 3 (severamente). La puntuación total del BAI puede variar entre 0 y 63, y se interpreta de la siguiente manera, una

puntuación total de 0 a 7 se considera ansiedad mínima en el rango, 8 a 15 es ansiedad leve, 16 a 25 es ansiedad moderada y 26 a 63 es ansiedad severa. (Ismail et al, 2023)

Tabla 28.

Proceso de enfermería: Diagnóstico Conflicto de decisiones, participante LVCA.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00083] Conflicto de decisiones				
	Definición:	Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto en sus valores y creencias personales.				
Identificación de Resultados	Toma de decisiones [0906]	Participación en las decisiones sobre la salud [1606]				
	<ul style="list-style-type: none"> Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa Compara alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones Define opciones disponibles Identifica prioridades de los resultados sanitarios 				
NIC		Actividades				
Planificación de Intervenciones	[5250] Apoyo en la toma de decisiones	<p>Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.</p> <p>Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.</p> <p>Facilitar la toma de decisiones en colaboración.</p> <p>Proporcionar la información solicitada por el paciente.</p>				
	[4420] Acuerdo con el paciente	Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.				
Evaluación:	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	
	[0906] Toma de decisiones	[090603] Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa	1	5	40 días	Escala 1 1. Gravemente comprometido

	[090608] Compara alternativas	1	5	40 días	2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
[1606] Participación en las decisiones sobre la salud	[160601] Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	2	3	40 días	Escala:13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado
	[160604] Define opciones disponibles	1	5	40 días	4. Frecuentemente demostrado
	[160606] Identifica prioridades de los resultados sanitarios	1	5	40 días	5. Siempre demostrado

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29

Proceso de enfermería: Diagnóstico Ansiedad, participante LVCA.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA: Definición:	[00146] Ansiedad Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.
Identificación de Resultados	Aceptación: estado de salud [1300] <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad de la situación de salud • Afrontamiento de la situación de salud 	Modificación psicosocial: cambio de vida [1305] <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene una autoimagen positiva
NIC		Actividades
Ejecución	[5220] Mejora de la imagen corporal	<p>Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.</p> <p>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.</p> <p>Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.</p> <p>Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.</p> <p>Identificar los medios de disminución del efecto causado por cualquier desfiguración mediante ropa, pelucas o cosméticos, según corresponda.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</p>

[5310] Dar esperanza	<p>Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal</p> <p>Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.</p> <p>Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.</p> <p>Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</p> <p>Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</p>
[5400] Potenciación de la autoestima	<p>Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</p> <p>Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</p> <p>Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</p> <p>Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</p> <p>Ayudar al paciente/familiares a identificar su comportamiento en la situación de culpa.</p> <p>Ayudar al paciente/familia a entender que la culpa es una reacción común a un trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes.</p>
[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	<p>Utilizar una prueba de realidad para ayudar al paciente/familia a identificar posibles creencias irracionales.</p> <p>Enseñar al paciente a utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y de sustitución del pensamiento, junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p>
[5820] Disminución de la ansiedad	<p>Escuchar con atención.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>

Evaluación:	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	

[1300] Aceptación: estado de salud	[130008] Reconoce la realidad de la situación de salud	2	5	40 días
	[130010] Afrontamiento de la situación de salud	2	5	40 días
[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida	[130520] Mantiene una autoimagen positiva	1	5	40 días
	[140201] Monitoriza la intensidad de la ansiedad	1	4	40 días
[1402] Autocontrol de la ansiedad	[140205] Planea estrategias para superar situaciones estresantes	1	4	40 días
	[140221] Controla la respiración cuando está ansioso	1	4	40 días

Escala:13

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado

Fuente: elaboración propia.

Tabla 30

Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante LVCA.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA: Definición:	[00004] Riesgo de infección Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud		
Identificación de Resultados	Estado inmune [0702] • Tumores • Pérdida de peso	Control del riesgo: proceso infeccioso [1924] • Reconoce los factores de riesgo personales de infección • Identifica signos y síntomas de infección		
		Integridad tisular: piel y membranas mucosas [1101] • Temperatura de la piel		
	NIC	Actividades		
Planificación de Intervenciones	[1260] Manejo del peso [6550] Protección contra las infecciones	Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.		
	NOC	Indicador	Puntuación Inicial Diana Tiempo	Número de Escala:
Evaluación:	[0702] Estado inmune	[070202] Tumores	1 1 12 días	Escala 14 1. Grave 2. Sustancial

	[070206] Pérdida de peso	1	4	12 días	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno Escala:13
[1924] Control del riesgo: proceso infeccioso	[192401] Reconoce los factores de riesgo personales de infección	1	5	12 días	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado Escala:1
	[192405] Identifica signos y síntomas de infección	1	5	12 días	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[110101] Temperatura de la piel	1	1	12 días	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 31

Proceso de enfermería: Diagnóstico Autogestión ineficaz de la salud, participante LVCA.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00276] Autogestión ineficaz de la salud			
	Definición:	Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica.			
Identificación de Resultados	Conocimiento: régimen terapéutico [1813]				
	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso • Régimen de medicación prescrita 				
Planificación de Intervenciones	NIC	Actividades			
	[2240] Manejo de la quimioterapia	<p>Monitorizar la presencia de los efectos secundarios y tóxicos del tratamiento.</p> <p>Monitorizar la eficacia de las medidas para controlar las náuseas y vómitos.</p> <p>Proporcionar información concreta objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.</p>			
Evaluación:	NOC	Indicador	Puntuación		Número de Escala:
	[1813] Conocimiento: régimen terapéutico	Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	1	5	40 días
	Régimen de medicación prescrita	1	5	40 días	

5. Conocimiento
extenso

Fuente: elaboración propia

El programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson para la participante LVCA., se llevó a cabo mediante dos sesiones educativas de tele enfermería oncológica.

El diseño del programa educativo se divide de la siguiente manera: la sección III se discuten los diagnósticos conflictos decisionales, mejorando el autocuidado en oncología y ansiedad en el diagnóstico de cáncer gástrico. En la IV sesión educativa, se abordó el riesgo de infección, junto con generalidades del cáncer gástrico y el protocolo ERAS.

4.6.3.3 Diagnósticos a abordar en la Sesión III:

- [00083] Conflictos decisionales
- [00276] Autogestión ineficaz de la salud
- [00146] Ansiedad

Bases Científicas de la Sesión:

Toma de Decisiones

La psicología, la ciencia de las decisiones y la economía del comportamiento consideran que las decisiones están influenciadas no solo por la percepción objetiva de los hechos, sino también por las emociones, la influencia de otras personas y los procesos cognitivos sesgados. (Gillman & Ferrer, 2021)

La evidencia muestra cuatro estrategias usadas solas o en combinación para la toma de decisiones, entre ellas se encuentran: la toma de decisiones compartida con los proveedores de atención médica, la familia y/o con amigos; la toma de decisiones mediante estrategia intuitiva, además, se encuentra la estrategia racional, valorando los pros y los contras de la decisión. Finalmente, algunas personas enfrentaron decisiones sobre la cual no tienen opción porque el camino a seguir es el único disponible. (Garrett et al, 2019)

Al recibir un diagnóstico oncológico paliativo, las decisiones relacionadas con el cáncer, en comparación con otras decisiones, son especialmente complejas, cargadas de incertidumbre y están asociadas con emociones particularmente fuertes. (Gillman & Ferrer, 2021) De modo que incluso si la decisión aparentemente está alineada con las preferencias y valores actuales, el resultado de la decisión puede arrepentirse cuando se experimentan efectos tardíos.

Existen los llamados coaching de decisiones para personas que toman decisiones de atención médica quienes ayudan a: identificar las necesidades de toma de decisiones; ayudan a comprender la información basada en evidencia sobre las opciones, los beneficios y los daños; ayudan a aclarar los valores y alientan a comunicar sus preferencias a otros. (Jull et al, 2021)

Las y los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en la educación, defensa y empoderamiento de las personas oncológicas mediante: el suministro de información suficiente sobre los efectos adversos del tratamiento, la evaluación de los síntomas para impulsar la toma de decisiones informadas; además, pueden ayudar a dar voz a las necesidades de las personas oncológicas. (Vo et al, 2021)

Mejorando el Autocuidado en Oncología

La autogestión tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Estas incluyen identificar y establecer metas, tomar decisiones y resolver problemas, además de la prevención de efectos secundarios adversos de los medicamentos y la interacción con los proveedores de atención. (Han et al, 2022) En la fase final de la vida, se enfrentan a una serie de desafíos puesto que la prioridad principal es el manejo de los síntomas y la comodidad de la persona enferma. (Schulman-Green et al, 2018)

En este sentido, los programas de autogestión es una práctica de salud que mejoran el bienestar y el autocuidado de las personas enfermas. Estas intervenciones incluyen la evaluación

periódica del progreso, el establecimiento de metas y el apoyo para la resolución de problemas. (Fletcher et al, 2019) El objetivo final es aumentar la confianza de los individuos enfermos en su propia capacidad para manejar sus problemas de salud. (Adriaans et al, 2021)

Las personas con cáncer están cada vez más interesadas en la utilidad de los cannabinoides en su régimen de tratamiento. El cannabis es una planta con propiedades medicinales conocida desde hace mucho tiempo en medicina. (Szalata et al, 2022) El éxito de los cannabinoides con síntomas como las náuseas y vomito inducido por quimioterapias, además, de la ansiedad, dolor neuropático y un efecto estimulante del apetito se ha demostrado en múltiples estudios. (Abrams, 2022)

Existen muchas vías de administración del cannabis desde la inhalada que puede ser fumada o por vaporización que se usa con fines recreativos como medicinales, hasta inyecciones e ingerido que incluye en forma de cápsulas, alimentos o bebidas con infusión de cannabis. Esta última vía de administración es la que genera menos toxicidad debido a que la cantidad de sustancias tóxicas producidas es menor. (Kitdumronghum & Trachootham, 2023)

Se ha examinado el uso de cannabis para tratar los síntomas relacionados con el cáncer y se han encontrado varios efectos secundarios. Los cannabinoides inhalados pueden producir síntomas más graves, como hipotensión, pánico, ansiedad, delirio, depresión respiratoria y ataxia. Por su parte, el cannabis por vía oral produce taquicardia, bradicardia, bradipnea, hipotensión y dificultad respiratoria e hipotonía. (Kitdumronghum & Trachootham , 2023)

Los defensores del movimiento "el cannabis cura el cáncer" promueven la utilización del cannabis en lugar de las quimioterapias como cura para el cáncer lo que conlleva varios riesgos. La principal preocupación es que el tratamiento con cannabis puede empeorar la condición de la persona oncológica, ya que el cannabis carece de los medicamentos específicos para el

tratamiento de la enfermedad, aumentando la proliferación tumoral, con lleva a metástasis. (Abrams, 2022)

La literatura muestra que los proveedores de atención médica en oncología manifiestan preocupación por el consumo de cannabis sin autorización o recomendación de su equipo de atención médica. Además, la falta de normas de eficacia bien definidas expone a las personas oncológicas a una amplia gama de experiencias con el cannabis medicinal, en lugar de los efectos de los fármacos que se encuentran bien definidos y controlados. (McLennan et al, 2020)

Es de suma importancia comprender qué interacciones pueden tener los cannabinoides con los agentes quimioterapéuticos tradicionales y otras terapias dirigidas. Diversos estudios sugieren el consumo de cannabis debe considerarse cuidadosamente en personas con neoplasias malignas avanzadas tratados con metotrexato, docetaxel, cisplatino, carboplatino, doxorubicina y algunos otros medicamentos que se encuentra en investigación. (Buchtova et al, 2023)

El autocuidado es un concepto clave para las personas con cáncer, ya que les permite tomar el control de sus vidas y luchar contra los efectos del cáncer. Esta tarea incluye controlar las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y prácticas del tratamiento del cáncer, así como desarrollar habilidades de autogestión para mejorar la calidad de vida. (Nelson et al, 2022)

Las medidas de autocuidado en personas con cáncer tienen como objetivo prevenir, aliviar, etiquetar los síntomas, tratar con la adopción de opciones de tratamiento y controlar la enfermedad. (Rakhshani et al, 2022) Esto se puede lograr a través de la educación oncológica, el cual es un pilar importante para mejorar el autocuidado, pues ayuda a promover la salud y mejorar la comprensión de la enfermedad y el manejo de los efectos secundarios de los tratamientos para mejorar la calidad de vida. (Koshy et al, 2023) Esto se ha demostrado con programas de autocuidado basados en la educación.

La educación para el empoderamiento es un modelo de educación para la salud que se centra en la autogestión de la salud de las personas con cáncer. Dentro de las estrategias se centra en brindar a la persona con cáncer la información necesaria para tomar decisiones informadas, mejorar la calidad de vida y el bienestar, así como estrategias para enfrentar los problemas y desafíos relacionados con el cáncer. (Tawfik et al, 2023)

La educación para la salud promueve estrategias como participación de las personas enfermas en el autocuidado, lo que incluye la autoobservación, la identificación y etiquetado de los síntomas, la determinación de la gravedad de estos, la evaluación de las opciones de tratamiento y la evaluación de la eficacia del autocuidado. (Hasanpour-Dehkordi, 2016)

Fortaleciendo la Autoestima

La construcción de la imagen corporal puede conceptualizarse como multidimensional, incluidos pensamientos, sentimientos y percepciones sobre el propio cuerpo y la funcionalidad. (Rodgers et al, 2023) Las personas con cáncer se enfrentan a numerosas dificultades asociadas con la enfermedad, incluidos cambios físicos y por ende afectar la satisfacción de las personas con su apariencia, lo que a su vez afecta la calidad de vida en general. (Brederecke et al, 2021)

Ahora bien, el cabello es un aspecto central de la apariencia y la imagen personal, la caída del cabello puede tener un impacto negativo en la autoestima, la imagen corporal y la confianza. (Aukerman & Jafferany, 2023) Los estudios han demostrado que las personas que viven con alopecia tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y fobia social que la población en general. (Pereira et al, 2021)

La angustia de la imagen corporal relacionada con la apariencia alterada contribuyó a los problemas psicosociales para muchas personas diagnosticadas con cáncer, dada la poca o ninguna preparación relacionada con el afrontamiento y la autoaceptación de la apariencia

alterada. (Gibson et al, 2021) Las intervenciones psicológicas para corregir pensamientos, emociones y comportamientos irracionales han demostrado ser eficaces en personas con cáncer con alteraciones de la imagen corporal. (Zhao et al, 2023)

En 1989 nació el programa “Luce bien, siéntete mejor” el cual consiste en que las y los profesionales de enfermería proporcionaron contenido educativo, recursos para el asesoramiento de habilidades de maquillaje, apoyo psicológico o recomendaciones e información sobre el uso de pelucas; el programa demostró mejoras inmediatas en autoestima y los niveles de ansiedad. (Ikeda et al, 2020)

Las intervenciones de cuidado de la piel y camuflaje en belleza han mostrado efectividad en mejorar los resultados psicológicos en personas con cáncer, la imagen corporal se incrementó con la enseñanza en el cuidado de la piel y maquillarse, las técnicas empleadas consistieron en un taller de auto maquillaje y una sesión de fotos, además, uso de maquillaje para cubrir los efectos secundarios como manchas. (Richard et al, 2019)

Otras de las estrategias son las terapias cognitivas conductuales cuyo objetivo es corregir pensamientos, emociones y comportamientos irracionales los componentes de estas intervenciones incluyeron: psicoeducación, con terapia de aceptación y compromiso; ejercicios expresivos (como imágenes guiadas expresivas) y experiencias de grupos de pares/intercambio de emociones. (Zhao et al, 2023)

En este sentido, la comunicación profesional de enfermería-paciente puede jugar un papel importante en la reducción de la baja autoestima en personas con cáncer; por lo que ofrecer cuidado holístico con apoyo emocional y mostrar empatía a la persona enferma puede ayudar a aumentar su nivel de autoestima. (Chan et al, 2019)

Los actos de aislamiento social y físico inducidos por el estigma de las enfermedades incurables como el cáncer y los tratamientos que afectan la apariencia física, como pérdida de cabello, decoloración de la piel o las uñas, cicatrices pueden afectar la sexualidad, originan sentimientos de pérdida de la feminidad, miedo, pena, por las percepciones de la pareja, la falta de comunicación y el deseo de normalidad. (Haber et al, 2023)

Si bien el cáncer es una enfermedad familiar, un estresor que afecta a la persona que la padece y a cónyuges, así como a la red social cercana, todos estos aspectos deben ser considerados en los esfuerzos de afrontamiento y apoyo, a través de un afrontamiento diádico con estrategias que van desde la comunicación, el apoyo, el aumento de la empatía, el respeto y una mejor satisfacción en la relación contribuyen a mejorar la intimidad de la pareja y a su vez el afrontamiento de la enfermedad. (Li et al, 2023)

A continuación, en la tabla 32, se detalla el plan educativo empleado durante la sesión III del proceso de enfermería.

Tabla 32

Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante LVCA.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> Comprender la importancia de la toma de decisiones durante el proceso del cáncer. Adquirir técnicas para mejorar la toma de decisiones informadas. Explorar las funciones y beneficios del coaching de decisiones en el contexto del cáncer. Fomentar la colaboración entre la persona oncológica, el personal de salud y los familiares para tomar decisiones adecuadas Asegurar que la persona oncológica reciba apoyo emocional para la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Toma de decisiones en el proceso del cáncer Técnicas para mejorar la toma de decisiones en el proceso del cáncer. Funciones del coaching de decisiones 	<p>Esta sesión educativa se centró en brindar una charla educativa para empoderar a la participante para que tome decisiones compartidas en el proceso del cáncer gástrico.</p>	Plataforma de WhatsApp y Zoom.	Retroalimentación	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> Educar a la persona oncológica sobre las posibles interacciones y reacciones adversas entre el uso de CBD y quimioterapias utilizadas en el tratamiento del cáncer. Ofrecer asesoramiento para desarrollar habilidades de autogestión eficaz de salud con relación al uso de fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> Pros y contras de utilizar CBD. Interacción de los cannabinoides con las quimioterapias Promoviendo técnicas de autocuidado seguras 	<p>Se brindó una charla educativa sobre los riesgos de utilizar CBD en conjunto con quimioterapias</p>	Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma	Retroalimentación	20 minutos

<ul style="list-style-type: none"> • Promover técnicas efectivas como uso del cuidado de la piel, pelucas y automaquillaje que aumenten la autoestima • Proporcionar apoyo emocional, para aumentar la autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de aumento de la autoestima 	<p>Se brindó una charla motivacional con herramientas prácticas para manejar la ansiedad relacionada con la alopecia inducida por el cáncer.</p>	<p>Plataforma de WhatsApp y Zoom.</p>	<p>Retroalimentación</p>	<p>20 minutos</p>
--	--	--	---------------------------------------	--------------------------	-------------------

Fuente: Elaboración propia.

4.6.3.4 Síntesis de la Ejecución del Proceso de la Sesión III:

La sesión se llevó a cabo a petición de la participante por video llamada de WhatsApp, se contó con la participación de la tutora de la práctica dirigida la Dra Ana Laura Solano, se llevó a cabo una charla educativa del tema de toma decisiones informadas y acertadas relacionadas a la enfermedad del cáncer gástrico con herramientas para la toma de decisiones difíciles en la autogestión de la salud. Esta intervención educativa además incluyó apoyo emocional y aumento de la autoestima para ayudar a la persona oncológica a eliminar la ansiedad.

En la charla se destacó la utilidad del coaching de decisiones como una herramienta para identificar los riesgos, los beneficios y las prioridades de las distintas opciones que se tienen a la disposición a la hora de la toma de decisiones informadas y acertadas en lo que respecta a su salud; se le aclara que el coach de salud no toma las decisiones, sino que brinda asesoría y mejora el conocimiento sobre las opciones.

Se le realizó la función de un coach de salud, con respecto al tema del uso de cannabidiol (CBD), se le facilitaron los pros y los contras de utilizar CBD con quimioterapias, se le mencionó los beneficios del CBD. Del mismo modo, se expusieron los problemas de seguridad y falta de estudios clínicos del CBD y el riesgo de progresión de la enfermedad que representa la interacción del CBD con las quimioterapias. Finalmente, la participante se mostró interesada y manifestó una comprensión profunda de los beneficios y riesgos del uso de CBD en personas con cáncer que reciben quimioterapias.

Esta actividad permitió a la participante recapacitar y comprometerse con comportamientos alineados con sus valores y prioridades de salud. Al efectuar este tipo de actividad de catarsis, permitió el crecimiento personal de la participante y se tomó en consideración el PCC número 7 “Participar de una experiencia autentica de enseñanza-

aprendizaje que asista a la unidad del ser –significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros”.

Aunado a ello, se empleó el proceso de Caritas 4 y 5 por la conexión interpersonal profunda con la persona oncológica. Esto permitió generar una auténtica relación de cuidado, apoyo y confianza entre la profesional de enfermería y la participante, permitiendo a la participante expresar sus sentimientos de forma segura y confiada. Los sentimientos negativos de la persona, relacionados con el mal uso de CBD, fueron abordados de manera efectiva. La profesional de enfermería fue capaz de proporcionar información valiosa sobre el uso adecuado de CBD para ayudar a la participante.

Durante la primera sesión, también se llevó a cabo una sesión educativa donde se brindó apoyo emocional para que la participante se sienta segura, confiada y aumente la autoestima aceptando su apariencia de manera saludable. La charla magistral también abordó consejos prácticos sobre cómo el uso de pelucas, turbantes y maquillaje pueden ayudar a sentirse mejor consigo misma y recuperar la confianza. La participante desarrolló una mayor conciencia de sus pensamientos, emociones y comportamientos con una aceptación de la condición de la enfermedad oncológica.

En este sentido, se empleó el PCC 8: “Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia) allí donde lo saludable la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien”. Se creó un entorno de curación virtual mediante la potenciación de la autoestima de la persona con cáncer, ofreciendo un ambiente delicado tanto físico como energético. Se usaron elementos como el apoyo emocional para ayudar a la persona a verse y sentirse bien consigo misma.

De la misma manera, durante la sesión, se motivó a la participante a unirse a grupos de apoyo para personas con cáncer. Se le explico los beneficios de escuchar la experiencia de los demás individuos comparten sus vivencias con la enfermedad.

Finalmente, se realizó la aplicación del Instrumento BAI. Los datos obtenidos se encuentran en la tabla número 39. Esta herramienta me permitió evaluar el nivel de ansiedad de la participante al momento de la sesión.

4.6.3.4 Diagnósticos para Abordar en Sesión IV:

- [00004] Riesgo de infección.

Bases Científicas de la Sesión:

Infección y Cáncer

A propósito de la base científica con el tema de infección y cáncer la situación clínica de la participante LVCA es muy similar a el caso clínico de la participante JAJR, con lo que respecta al riesgo de infección del catéter Port a Cath, por lo que las bases científicas de las medidas que se tomaron para la prevención de la infección del catéter Port a Cath, se encuentran en el caso clínico anterior.

Seguidamente en la tabla 33, se muestra el plan didáctico de la sesión educativa de la sesión IV de los temas generalidades del cáncer gástrico, protocolo ERAS y riesgo de infección.

Tabla 33

Sesión IV. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante LVCA.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el riesgo de infección en personas con cáncer gástrico y cómo prevenirlo. • Facilitar la educación sobre los signos y síntomas de infección en el sitio de inserción del port a cath. • Proporcionar información sobre como autoevaluarse y describir cualquier signo y síntoma de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer signos de infección. • Como medir la temperatura corporal. • Prácticas de higiene en el hogar. 	<p>La sesión comienza con una charla explicativa sobre la importancia de identificar signos y síntomas de infección en el catéter port a cath.</p> <p>Se proporcionan consejos prácticos sobre prácticas de higiene adecuadas y a como mediar la temperatura.</p>	Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma.	Retroalimentación	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar educación de los beneficios del protocolo ERAS en la gastrectomía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo ERAS 	<p>Se brindó una charla educativa sobre los beneficios del protocolo ERAS y sus componentes principales.</p>	Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma	Retroalimentación	20 minutos

Fuente: Elaboración propia.

4.6.3.5 Síntesis de la Ejecución del Proceso de la Sesión IV:

La sesión virtual de tele-enfermería oncológica inicio con los comentarios de la participante, acerca de su experiencia desde que había comenzado a implementar estrategias de autocuidado en oncología para aumentar su autoestima.

La sesión de tele-enfermería, se realizó mediante una charla magistral en la plataforma Zoom, sobre estrategias de prevención de infecciones del Port a Cath y protocolo ERAS. El programa educativo de esta sesión se discutieron diversas formas de reducir el riesgo de contraer una infección, como lavarse las manos con frecuencia y evitar contacto con personas enfermas. Se alentó a la participante a inspeccionar el Port a Cath para detectar cualquier signo de infección.

La sesión de tele-enfermería también incluyó los beneficios del protocolo ERAS, con énfasis en los beneficios de la actividad física y la alimentación antes de la cirugía. Se explica cómo el protocolo ERAS puede contribuir a una recuperación más rápida y sin complicaciones. Al final de la sesión, la participante tuvo la oportunidad de realizar preguntas sobre los temas discutidos.

4.6.3.6 Evaluación del Proceso de Enfermería

En la última sesión del programa educativo basado en el cuidado humano de la participante LVCA se llevó a cabo por videollamada de WhatsApp. Se evaluaron los NOC para determinar el progreso y el estado de salud de la participante, y se llevó a cabo la escala BAI para verificar si hubo cambios en los niveles de ansiedad.

Seguidamente en la tabla 34, se detallan los resultados encontrados en la evaluación de los resultados NOC de la participante LVCA .

Tabla 34*Evaluación de los NOC, de la participante LVCA.*

Diagnóstico NANDA	NOC	Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final
Conflicto de decisiones	Toma de decisiones	Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa	1	5	5
		Compara alternativas	1	5	5
	Participación en las decisiones sobre la salud	Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones	2	3	2
		Define opciones disponibles	1	5	5
		Identifica prioridades de los resultados sanitarios	1	5	5
	Autogestión ineficaz de la salud	Conocimiento: régimen terapéutico	Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso	1	5
Régimen de medicación prescrita			1	5	5
Riesgo de infección	Estado inmune	Tumores	1	1	1
		Pérdida de peso	1	4	5
	Control del riesgo: proceso infeccioso	Reconoce los factores de riesgo personales de infección	1	5	4
		Identifica signos y síntomas de infección	1	5	5
		Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Temperatura de la piel	1	1

Ansiedad	Aceptación: estado de salud	Reconoce la realidad de la situación de salud	2	5	5
		Afrontamiento de la situación de salud	2	5	5
	Modificación psicosocial: cambio de vida	Mantiene una autoimagen positiva	1	5	5
	Autocontrol de la ansiedad	Monitoriza la intensidad de la ansiedad	1	4	3
		Planea estrategias para superar situaciones estresantes	1	4	5

Fuente: elaboración propia.

La evaluación del NOC de toma de decisiones y participación en la toma de decisiones sobre su salud mostró una notable mejoría, pasando de 1 gravemente comprometido a 5 no comprometido. Esto se debe a que la participante tomó el control de su salud y tomó decisiones informadas, como la de presentar un recurso de amparo para recibir un protocolo experimental de quimioterapia para el cáncer gástrico que se aplica para caso especiales en el país y el cual le fue negado en una primera intención. Ella investigó que a nivel mundial, este protocolo ha tenido resultados prometedores como la prolongación de la sobrevida en casos similares.

Luego de las estrategias educativas empleadas en este programa, ella descubre el poder de la información y la importancia de abogar por uno mismo, en el proceso de toma de decisiones, por lo que toma la valiente acción de buscar abrir una oportunidad para obtener un enfoque terapéutico más efectivo y aumentar sus posibilidades de lucha contra la enfermedad.

Se observa una notable mejoría en la evaluación del NOC de conocimiento de régimen terapéutico de la participante, pasando de 1 ningún conocimiento a un conocimiento extenso en los indicadores de responsabilidades de autocuidado para el tratamiento en curso y régimen de medicación prescrita. Esto se refleja que la participante ha tomado acciones y responsabilidad con respecto a su salud al tomar decisiones informadas, como no tomar el CBD, para evitar la interferencia con las quimioterapias.

La evaluación del estado inmune de la participante. El indicador de tumores se mantuvo en grave, dado que el riesgo de infección asociado al tumor continua, pero el indicador de pérdida de peso cambió de 1 grave a 5 ninguno, lo que significa que la participante ha superado hasta la puntuación diana. Esto se debe a que está controlando las náuseas de las quimioterapias, lo que ha aumentó su apetito.

En cuanto, a el NOC control del riesgo: proceso infeccioso. Se identificaron los factores de riesgo personal de infección, como el cáncer y la obesidad, pero no se tuvo en cuenta el riesgo potencial por el catéter implantable port-a-cath, por lo que la puntuación paso de nunca demostrado a frecuentemente demostrado. Por otro lado, después de las estrategias educativas implementadas, la participante sabe reconocer todos los síntomas de infección cumpliendo la puntuación diana de siempre demostrado.

La evaluación del NOC modificación psicosocial: cambio de vida, la participante ha demostrado una mejoría notoria, en mantener una autoimagen positiva pasando de 1 raramente demostrado a 5 siempre demostrado. Esto se debe a que la participante ha reconocido y aceptado los efectos de la quimioterapia, tomando una decisión difícil con repercusiones tanto físicas como emocionales. Estas consecuencias incluyen la alopecia y la pérdida de la relación sentimental. A pesar de enfrentarse a estos desafíos, la participante ha decidido priorizarse y luchar por prolongar su vida mediante quimioterapias paliativas.

Su capacidad para tomar decisiones informadas y basadas en sus necesidades ha tenido un impacto significativo en su bienestar, lo que refleja un progreso notorio, dentro de las estrategias que la participante utiliza para mantener una autoimagen positiva se encuentran: colocación de uñas acrílicas, extensión de pestañas y el microblading en las cejas con el objetivo de contrarrestar los efectos secundarios de la alopecia causada por los citotóxicos. Estas estrategias le ayudan a dejar atrás los sentimientos de no sentirse femenina, al mismo tiempo a sentirse segura y confiada en su apariencia.

En la tabla 35 se muestran los resultados del instrumento BAI donde se muestra más a fondo los cambios con respecto a los niveles de ansiedad de la participante.

Tabla 35

Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck, aplicado a la participante LVCA.

ítems	Pre-intervenciones	Post-Intervenciones
1. Hormigueo o entumecimiento.	0	0
2. Sensación de calor	3	0
3. Temblor de piernas	0	0
4. Incapacidad de relajarme	1	0
5. Miedo a que suceda lo peor	3	1
6. Mareo o aturdimiento	0	0
7. Palpitaciones o taquicardia	0	0
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	1	1
9. Terrores.	3	1
10. Nerviosismo	3	1
11. Sensación de ahogo	1	0
12. Temblores de manos	0	0
13. Temblor generalizado o estremecimiento	1	0
14. Miedo a perder el control	3	1
15. Dificultad para respirar	1	0
16. Miedo a morirme	3	1
17. Sobresaltos	0	0
18. Molestias digestivas o abdominales	1	1
19. Palidez	0	0
20. Rubor facial	0	0
21. Sudoración	0	0
Total:	24	7

Puntuaciones: 0= Nada, 1, 2, 3= Severamente

Fuente: Elaboración propia.

La evaluación del Instrumento BAI muestra que, después de aplicar las intervenciones educativas de apoyo emocional y aumento de la autoestima mediante técnicas como el automaquillaje, uso de pelucas o turbantes, hubo una reducción significativa en los niveles de ansiedad pasando de una calificación de 24 el cual se ubica en ansiedad moderada a una puntuación en 7 de ansiedad mínima.

La evaluación inicial proporciona una visión clara de la complejidad de los síntomas físicos y emocionales que severamente la ansiedad afectaba a la participante. Los síntomas incluyen sensación de calor, miedo a que suceda lo peor, terrores, nerviosismo, miedo a perder el control y miedo a morir. Actualmente, algunos síntomas persisten, pero los califica como leves.

Las intervenciones para mejorar su autoimagen y confianza, como el uso de turbantes y pelucas, han sido efectivos para ayudar a la participante a sentirse más segura y cómoda consigo misma, a pesar de los efectos de la quimioterapia y la alopecia.

Durante la última sesión de teleenfermería, la participante compartió que había experimentado una disminución significativa en su ansiedad. Explicó que había comenzado a ver la vida desde una perspectiva diferente, ya que su propia historia de cáncer gástrico le había permitido ayudar a otros. La participante ha comenzado a crear contenido en la red social TikTok, donde comparte su historia con personas que también lidian con el cáncer. Esto aumenta su autoestima y le permite afrontar la situación con una mentalidad positiva.

Inicialmente, la calificación del indicador planea estrategias para superar situaciones estresantes era de 1, lo que indicó que nunca demostró esta habilidad. Sin embargo, gracias a la sugerencia de unirse a grupos de apoyo para personas con cáncer, la participante experimentó un crecimiento significativo, alcanzando una calificación de 5, demostrando ahora que siempre planea estrategias para superar situaciones estresantes, por lo que superó las expectativas de la calificación diana. Dado que, en lugar de limitarse a ser una oyente, se convirtió en una fuente de inspiración y apoyo para los demás.

4.6.3.7 Evaluación de la Práctica Dirigida.

Finalmente, en la sesión de tele-enfermería, la participante evaluó la práctica dirigida a través de la Escala WCPS como se muestra en la tabla 36. Asimismo, se le realizaron algunas

preguntas para evaluar el programa para humanizar el cuidado, una de ellas fue: ¿Le gustó el programa de humanizar el cuidado? A la cual respondió “Ha sido de gran ayuda para mí, ya que me enseñó cosas sobre el cáncer que no sabía, como lo del CBD y las quimioterapias, también a cómo manejar la ansiedad.” (LVCA, 2023)

Al consultarle ¿Le gusto el programa de humanizar el cuidado? “Si he recibido mucha información que en el hospital no me dan.” (LVCA, 2023)

Tabla 36

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante LVCA, durante el cuidado de enfermería recibido en la práctica dirigida.

Items	Nunca						Siempre
	1	2	3	4	5	6	7
1) Me cuidaron con amor y bondad							X
2) Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad							X
3) Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo							X
4) Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar							X
5) Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.							X

Fuente: elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

4.6.4. Participante MVG:

4.6.4.1 Datos generales: femenina de 23 años, costarricense, vecina de Puntarenas, vive en unión libre, se encuentra en la universidad, de creencias cristianas, actualmente vive con pareja y una hija.

Con una duración de aproximadamente 40 minutos se efectuó la primera sesión de tele-enfermería por medio de Zoom, la participante fue consultada acerca de su experiencia de cuidado durante el proceso de enfermedad del cáncer gástrico. Ella expresó su deseo de calificar al Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, donde le realizaron la gastrectomía total laparoscópica. Los datos se muestran en la tabla 37. Dicha atención fue recibida durante el período de la pandemia de COVID-19.

Tabla 37

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante MVG, durante el cuidado de enfermería recibido en el hospital

Monseñor Sanabria.

Items	Nunca					Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
1) Me cuidaron con amor y bondad							X
2) Satisficeron mis necesidades humanas básicas con dignidad							X
3) Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo							X
4) Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar							X
5) Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.							X

Fuente: elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

La segunda sesión duró unos 45 minutos y se realizó a través de la aplicación Zoom. Durante esta sesión, se recopilaron datos a partir de la observación y entrevista con la participante. No se requirió la ayuda de familiar, aunque la participante a veces preguntó información a la cuidadora principal que es la madre, principalmente consultó para corroborar fechas. Seguidamente, se muestran los datos organizados por patrones funcionales, con un breve análisis de la información recopilada.

4.6.4.2 Valoración por Patrones Funcionales.

Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud: Inicialmente en enero del 2021 empezó con epigastralgia constante, por lo que poli consultó en la clínica local donde le diagnosticaban gastritis, a pesar de los medicamentos continuaba con dolor, para diciembre de ese mismo año se sumaron otros síntomas como: mareos, inapetencia alimentaria, hematemesis, además, la pérdida de 10 Kg, a pesar de ello en la clínica le indicaban que era por la gastritis.

Posteriormente en febrero del 2022, escuchó una charla sobre el cáncer gástrico donde todos los síntomas que mencionaban ella en algún momento los presentó por lo que decide hacerse una gastroscopia en una clínica privada, donde le diagnostican cáncer gástrico en etapa II e inicia control oncológico.

En vista de ello, recibió neoadyuvancia de 4 aplicaciones del protocolo FLOT compuesto por el docetaxel, oxaliplatino, 5-fluorouracilo y leucovorina. Este régimen se aplicó cada 14 días, seguido de las quimioterapias le realizaron la gastrectomía total y por último, recibió 4 aplicaciones de adyuvancia con el mismo protocolo FLOT. Cabe señalar que dentro de los principales efectos secundarios que presentó se encuentran: náuseas, inapetencia alimentaria, alopecia, fatiga, sensación desagradable del sentido del gusto y pérdida de peso.

En lo que concierne a antecedentes heredofamiliares varios familiares de tercer grado de afinidad han presentado algún tipo de cáncer. Su enfermedad fue estudiado por medicina genética donde le indican que la aparición temprana de su cáncer gástrico fue causada por una incompatibilidad de un cromosoma de la madre y otro del padre, por lo que tenía mayor predisposición genética para la mutación adquirida.

En cuanto a enfermedades no tiene ningún otro padecimiento, asimismo, no es alérgica a medicamentos. En cuanto a cirugías le han operado de: Laparoscopia diagnóstica, colocación de catéter implantable Port a Cath y la Gastrectomía total por laparoscopia. Por último, niega el consumo de drogas, fumado, e ingesta de bebidas alcohólicas.

Cabe señalar que ha observado buena higiene corporal, es una persona independiente en las actividades de la vida diaria. También tiene una comprensión completa de su enfermedad y de los tratamientos recibidos.

Dentro de este orden de ideas, el patrón se considera alterado por el hecho de que aún conserva el catéter implantable Port a Cath, estudios de las complicaciones documentadas después de completar las terapias contra el cáncer del catéter implantable Port a Cath incluyen complicaciones como: infección, trombosis venosa y las oclusiones del catéter o migración del mismo. (Lang et al, 2022)

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: antes de iniciar con la sintomatología del cáncer gástrico pesaba 59 kg, posteriormente a la gastrectomía y a la adyuvancia llegó a pesar 39 Kg; actualmente pesa 46 Kg y mide 153 cm por lo que el IMC se encuentra en 19.7 Kg/m² dentro de parámetros normales.

Por otro lado, suele realizar 6 tiempos de comida ocasionalmente por ansiedad consume en exceso comida poco nutritiva como chocolates; en su alimentación incluye todo tipo de

alimentos como leche, frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y agua. Además, refiere que no tiene dificultades para masticar o deglutir.

En relación con lo expuesto, el patrón se considera no alterado su índice IMC se encuentra dentro de los parámetros normales, su alimentación es balanceada, además, cumple con los tiempos de alimentación recomendados.

Patrón 3: Eliminación: Por lo general, defeca regularmente, sin molestias, sus heces son suaves. No tiene el problema para miccionar, lo realiza frecuentemente, sin dolor o molestia alguna y su aspecto es muy claro.

Teniendo en cuenta lo anterior, no existen cambios en su patrón de eliminación, micciona y defeca con regularidad.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio: Suele salir a caminar con la hija además de efectuar actividades recreativas varios días a la semana para el disfrute de ella y la niña. Por otra parte, ella es la encargada cuidar a la hija, de realizar las compras del hogar, preparar la alimentación y brindar mantenimiento del hogar, por lo que se mantiene activa.

En relación con el tema de actividad y ejercicio a lo largo del día efectúa diversas actividades que la mantienen activa, asimismo, realiza actividades de disfrute y recreación por lo que el patrón se considera no alterado.

Patrón 5: Sueño – Descanso: No presenta problemas para dormir ni para conciliar el sueño, manifiesta que duerme 11 horas al día, no realiza siestas, el sueño es reparador y no requiere ayuda farmacológica.

De acuerdo con el párrafo anterior, es claro que el patrón no se encuentra alterado, no presenta problemas para conciliar el sueño, ni interrupción del sueño, además, el sueño es reparador, la cantidad de horas que duerme son suficiente, el promedio de horas recomendado

para los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) es de alrededor de 7 a 9 horas por noche. (Maurya et al, 2022)

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual: Se visualiza consciente, orientada en las #3 esferas, cuenta con la capacidad de comprender y recordar todo lo relacionado al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del cáncer gástrico y seguir las indicaciones. Asimismo, no tiene ninguna alteración en ninguno de los sentidos.

En cuanto al dolor, en el mes de marzo del 2023, le realizaron una tomografía computarizada para el control de la enfermedad, posterior a ello sufre de dolor en la zona lumbar y el miembro inferior derecho, de tipo punzante, ocasionalmente presenta parestesia, además, la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10, lo califica como un 4, a pesar de ello, no muestra indicadores no verbales de dolor; un aspecto a tener en cuenta que este dolor lo presentaba cuando recibió quimioterapias.

En este sentido se comprende, que el patrón se considera alterado por la presencia de dolor. La neuropatía inducida por la quimioterapia oxaliplatino es el efecto secundario más común asociado con este fármaco; se puede dividir la neuropatía en dos formas distintas, aguda y crónica, desencadenada principalmente por la estimulación con frío, ocurre en el 85-96 % de las personas que reciben este medicamento y puede incluso durar varios años. (Yang et al, 2021)

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto: Tiene un buen autoconcepto de si misma, con lo que respecta autoaceptación son varios los cambios que experimento por los tratamientos del cáncer entre ellos se encuentra la alopecia, sin embargo, ahora disfruta de ese cambio y mantiene el cabello corto. En relación con su cuerpo, cuando se encontraba recibiendo la adyuvancia justo después de la gastrectomía llegó a pesar 39 Kg por lo que se encontraba baja

de peso, aunado a ello una nutricionista le manifestó que por la cirugía ese sería su peso y no lograría subir de peso por lo que ese evento altero su autoestima.

Actualmente pesa 46 Kg disfruta de ese peso, pero a pesar de ello sufre de ansiedad presenta mucho miedo y nerviosismo, al mismo tiempo recuerda constantemente el comentario de la nutricionista debido a ello suele sentir mucho temor, por lo que canaliza su frustración consumiendo chocolates en exceso y arroz crudo.

Las crisis de ansiedad la han llevado a consultar por las madrugadas, por despertarse con hormigueo en miembros inferiores, dolor de pecho, dificultad respiratoria, además de miedo, temor e inquietud, al punto de no poder detener o controlar la preocupación hasta que le colocan medicamentos ansiolíticos.

En este sentido se comprende que el patrón se considera alterado puesto que el patrón emocional está siendo afectado por los constantes cambios que puede sufrir la imagen corporal con respecto al peso, presentando síntomas como: dolor de pecho, dificultad respiratoria, miedo, temor e inquietud.

La ansiedad se define como la tendencia de un individuo a evaluar las situaciones como amenazantes, experimentan dificultades para adaptarse a la nueva información, asimismo presentan respuestas fisiológicas como el miedo. (Knowles & Olatunji, 2020) El riesgo de bajo peso posterior a una gastrectomía total puede ser fuente de baja autoestima o ansiedad; además son muchas los motivos por lo que MVG se encuentre presentando trastornos en su salud mental.

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, las personas oncológicas que se someten a una gastrectomía total en particular tienden a tener un mayor deterioro de la calidad de vida dado que experimentan con mayor frecuencia una ingesta nutricional deficiente debido a la ausencia del

estómago, lo que limita la cantidad de alimentos que se pueden consumir en una sola sesión y da como resultado una pérdida de peso corporal significativa en el deterioro de la calidad de vida.

(Park et al, 2018)

Del mismo modo, después de completar los tratamientos activos, la mayoría de las personas oncológicas pasan por fases de transición y se convierten en sobrevivientes del cáncer; durante las transiciones para adaptarse a los cambios, a veces tienen problemas físicos y psicológicos como adaptarse a la pérdida de peso, originando síntomas de efectos tardíos como ansiedad y depresión por los cambios. (Jeon et al, 2022)

Patrón 8: Rol – Relaciones: En este momento vive con su pareja sentimental e hija, con anterioridad al cáncer vivía con su pareja e hija en casa de sus padres, el cambio de domicilio no le afectó; la madre ha sido durante todo el proceso su cuidadora principal; del mismo modo suele compartir con toda su familia con regularidad, por lo que si cuenta con una red de apoyo.

El apoyo social, particularmente de los familiares más cercanos, mejorará la calidad de vida de las personas con cáncer. (Keumala Sari et al, 2019) Dentro de este orden de ideas, el patrón se considera no alterado, puesto que ha contado con un entorno familiar de apoyo durante el proceso del cáncer gástrico, lo cual la ha producido efectos positivos significativos durante el proceso de salud-enfermedad.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción: Con lo que respecta a sexualidad y reproducción presenta ciclos menstruales regulares. Es madre de una niña de 3 años, la cual nació por parto vaginal. Actualmente tiene vida sexual activa, planifica con preservativo, manifiesta que le indicaron que por los antecedentes de su enfermedad no debía planificar con otro método, otro dato a tener en cuenta, en este momento no existe el deseo de otro embarazo por lo que el planificar con preservativo le genera dudas y temor.

Las mujeres tienen un 38% menos de probabilidades de tener un embarazo después del diagnóstico y de los tratamientos del cáncer, por el daño ovárico inducido por radioterapia y/o quimioterapia, dentro de los agentes quimioterapéuticos conocidos por demostrar una alta toxicidad gonadal en las mujeres, causando depleción folicular, amenorrea e infertilidad se encuentran los fármacos alquilantes. (Hao et al, 2019)

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, existe el riesgo inminente de presentar infertilidad puesto que el protocolo quimioterapéutico que recibió incluía el Oxaliplatino que es un agente alquilante; no obstante, no hay deseo de ser nuevamente madre.

La exposición a hormonas de estrógeno y progestágeno en el uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de desarrollar trombosis. (Lutsey & Zakai, 2023) Aunado a que el cáncer gástrico se ha asociado con uno de los mayores riesgos de eventos de tromboembolismo venoso (TEV). (Slagter et al, 2020) Por factores de riesgo como el estadio del cáncer, ciertos tratamientos contra el cáncer, los catéteres centrales y los procedimientos quirúrgicos, todos interactúan para influir en dicho riesgo. (Lutsey & Zakai, 2023)

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, quizás el riesgo de trombosis sea la razón por la cual el método anticonceptivo de barrera como el condón es el recomendado. Al existir dudas y cierto temor de embarazo por el uso de este método, el patrón se considera con disposición para mejorar.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al Estrés: Todo el proceso que vivió con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad por cáncer gástrico fue muy estresante, no obstante, al terminar las quimioterapias se adaptó a su nueva realidad de no tener estómago. En este momento sus fuentes de estrés es la preocupación por bajar de peso y esperar el reporte del

TAC donde las posibles noticias es que requiera más quimioterapias o pasar a fase de la remisión del cáncer.

Uno de los componentes por los que el patrón se considera alterado, es por la sensación actual de estrés, antiguamente ha tenido fuentes de estrés pero se ha adaptado a dichas situaciones; no obstante, las secuelas psicológicas relacionadas con esos eventos están provocando un estrés anticipatorio a situaciones que se corre el riesgo de presentar, puesto que actualmente no tiene bajo peso. Además, el reporte del TAC puede arrojar resultados positivos o negativos, pero ella se encuentra enfocada en el resultado negativo que posiblemente sean más quimioterapias.

Patrón 11: Valores – Creencias: Pertenece a la religión cristiana, algunos días acude a la iglesia, cree que gracias a Dios logró culminar los tratamientos de la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, no se considera el patrón alterado, pues su Fe no se ha visto alterado.

Una vez que todos los datos han sido recopilados, se examinaron y determinaron para detectar la promoción, los riesgos o los problemas de salud, necesidades y factores que pueden estar influyendo en la salud de la persona participante. En la tabla número 38 se muestran los patrones que se encontraron alterados, las etiquetas diagnósticas junto a demás información. En la figura 4 se encuentra la red de razonamiento lógico y por último en la tabla 39 se exponen las relaciones entre diagnósticos NANDA

Tabla 38

Respuestas humanas, halladas en la valoración y los diagnósticos NANDA de la participante MVG.

Respuesta Humana	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Definición	Características Definitivas (CD), Factores Relacionados (FRE), Factores de Riesgos (FRI), Condiciones Asociadas (CA) o Población en Riesgo (PR)	
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud				
Inmunosupresión Catéter implantable Port a Cath.	[00004] Riesgo de infección	Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.	Inmunosupresión Dificultad para manejar dispositivos invasivos a largo plazo	FRI FRI
Catéter implantable Port a Cath.	[00213] Riesgo de traumatismo vascular	Manejo insatisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica	Tiempo prolongado del catéter en el sitio de inserción	FRI
Patrón 6: Cognitivo-perceptivo				
Dolor en la zona lumbar y el miembro inferior derecho, tipo punzante, Con parestesia	[00132] Dolor agudo	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un	Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor	CD

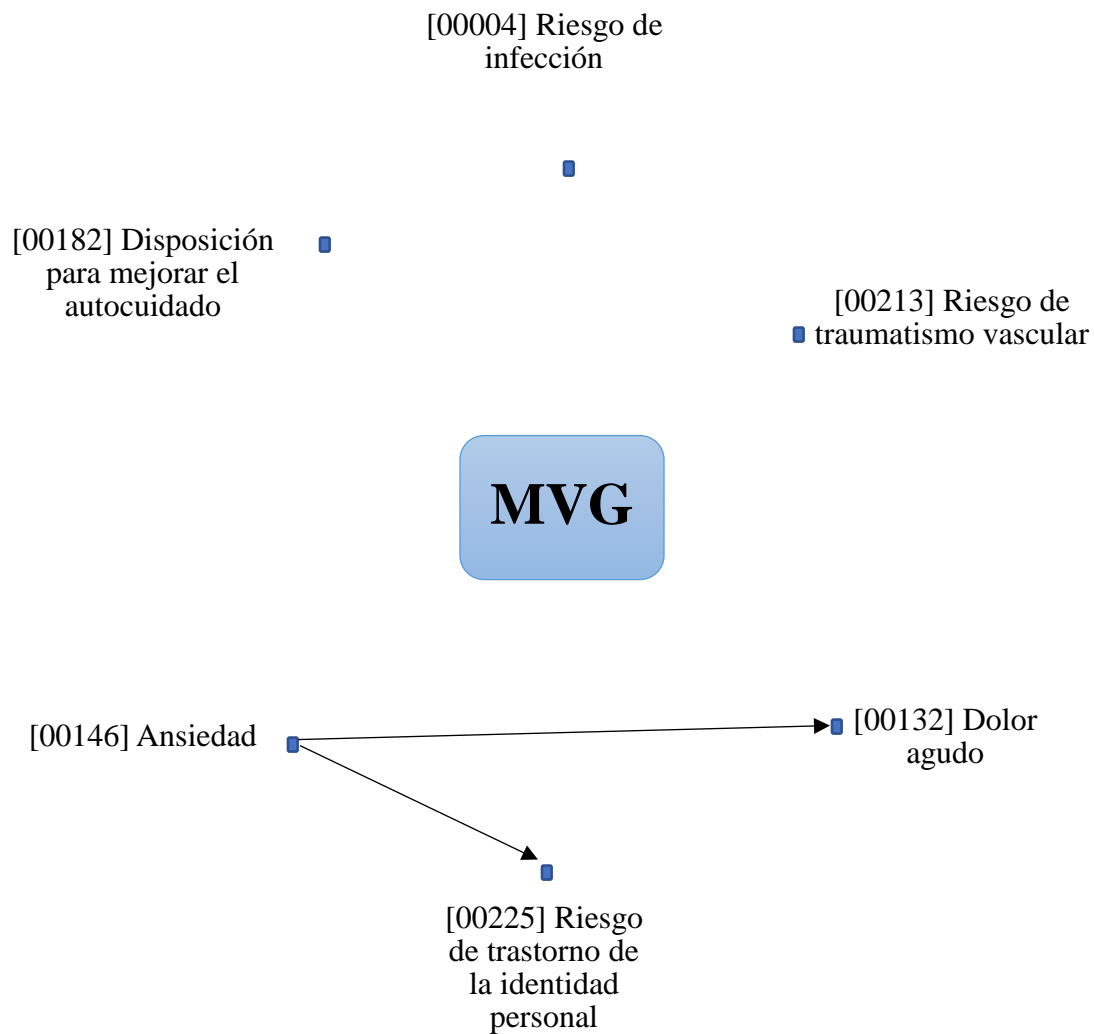
		final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.		
No lograr subir de peso Gastrectomía total	[00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal	Susceptible a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud	Baja autoestima Personas que atraviesan una crisis situacional	FRI FRI
Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto				
Consumo de chocolate en exceso y arroz crudo. No lograr subir de peso Gastrectomía total Miedo, temor e inquietud, Preocupación Crisis de ansiedad	[00146] Ansiedad	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.	Expresa angustia Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida Nerviosismo Alteración en el patrón respiratorio Verbaliza hormigueo en las extremidades Expresa preocupación Estresores Personas en el período postoperatorio Personas que atraviesan una crisis situacional Dolor	CD CD CD CD CD CD FRE PR PR CA
Patrón 9: Sexualidad – Reproducción				
Dudas acerca de la fertilidad. Dudas de los métodos anticonceptivos.	[00182] Disposición para mejorar el autocuidado	Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede fortalecerse	Expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado	CD
Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés				

bajar de peso				
Reporte	[00177] Estrés por	Excesiva cantidad y tipo de	Expresa tensión	CD
Requerir más	sobrecarga	demandas que requieren acción.	Incremento de la impaciencia	CD
quimioterapias o a fase			Estresores	FRE
de remisión del cáncer.				

Fuente: Elaboración propia

Figura 4

Red de razonamiento lógico para la participante MVG.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 39*Relaciones de etiquetas diagnósticas, participante MVG.*

Etiqueta diagnóstica	Relaciones que salen	Relaciones que entran	Total de relaciones
[00146] Ansiedad	2	0	2
[00132] Dolor agudo	0	1	1
[00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal	0	1	1
[00182] Disposición para mejorar el autocuidado	0	0	0
[00004] Riesgo de infección	0	0	0
[00213] Riesgo de traumatismo vascular	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

La participante MVG presenta 4 patrones funcionales alterados y 1 disposición, con 6 etiquetas diagnósticas, 2 diagnósticos basados en problemas, 3 en riesgos y 1 de promoción de la salud.

Lo que se destaca en la figura 4, es que el diagnóstico prioritario es la ansiedad, en los diagnósticos secundarios se encuentra dolor agudo y el riesgo de trastorno de la identidad personal, todos intrínsecamente relacionados con el diagnóstico principal la ansiedad que es generada por el tema de bajar de peso y la incertidumbre de la espera del informe del TAC que confirma la remisión del cáncer.

Tomando en cuenta las necesidades de la participante, se trabajó con el diagnóstico principal la ansiedad, como diagnósticos secundarios, el riesgo de infección y disposición para mejorar el autocuidado; dado que existen diagnósticos secundarios que como ya se mencionó se encuentran intrínsecamente relacionados con el tema de bajar de peso, hay que considerar las

secuelas que presenta este tema cuando fue abordado por la nutricionista, por ser tan sensible, se decide darle prioridad a etiquetas diagnosticas con mayor prioridad para la participante.

Seguidamente, en las tablas 40, 41 y 42 se muestran los 3 procesos de enfermería elegidos para la participante. Con lo que respecta a la ansiedad se decide emplear el instrumentos desarrollado y validado al español denominado la escala BAI el cual proporciona una amplia cobertura de los síntomas generales de ansiedad.

Tabla 40

Proceso de enfermería: Diagnóstico Ansiedad, participante MVG.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00146] Ansiedad				
	Definición:	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia				
Identificación de Resultados	Nivel de ansiedad [1211]	Autocontrol de la ansiedad [1402]		Control de síntomas [1608]		
	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad verbalizada • Exceso de preocupación • Dificultad para relajarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad • Controla la respuesta de ansiedad • Controla la respiración cuando está ansioso 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta 			
NIC		Actividades				
Planificación de Intervenciones	[5880] Técnica de relajación	Sentarse y hablar con el paciente. Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.				
	[5400] Potenciación de la autoestima	Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.				
Evaluación:	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	

	[121117] Ansiedad verbalizada	1	5	9 días	Escala 14 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
[1211] Nivel de ansiedad	[121134] Exceso de preocupación	1	5	9 días	
	[121140] Dificultad para relajarse	1	5	9 días	
	[140207] Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	5	9 días	Escala:13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
[1402] Autocontrol de la ansiedad	[140217] Controla la respuesta de ansiedad	1	5	9 días	
	[140221] Controla la respiración cuando está ansioso	1	5	9 días	
[1608] Control de síntomas	[160813] Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta	3	5	9 días	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 41

Proceso de enfermería: Diagnóstico Riesgo de infección, participante MVG.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA: Definición:	[00004] Riesgo de infección Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud				
Identificación de Resultados	Estado inmune [0702] • Tumores	Control del riesgo: proceso infeccioso [1924] • Identifica signos y síntomas de infección			Integridad tisular: piel y membranas mucosas [1101] • Temperatura de la piel	
	NIC		Actividades			
Planificación de Intervenciones	[6550] Protección contra las infecciones		Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.			
	NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
			Inicial	Diana	Tiempo	
Evaluación:	[0702] Estado inmune	[070202] Tumores	3	5	7 días	Escala 14 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

[1924] Control del riesgo: proceso infeccioso	[192405] Identifica signos y síntomas de infección	1	5	7 días	Escala:13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	[110101] Temperatura de la piel	1	5	7 días	Escala:1 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 42

Proceso de enfermería: Diagnóstico Disposición para mejorar el autocuidado, participante MVG.

Diagnóstico	Diagnóstico NANDA:	[00182] Disposición para mejorar el autocuidado					
	Definición:	Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede fortalecerse					
Identificación de Resultados	Control del riesgo: embarazo no deseado [1907]						
	<ul style="list-style-type: none"> • Adapta las estrategias de prevención de embarazo • Identifica el método anticonceptivo personal • Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente • Busca información actual sobre estrategias de planificación familiar 						
		NIC	Actividades				
Planificación de Intervenciones		Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente sobre las opciones de anticoncepción.					
	[6784] Planificación familiar: anticoncepción	Comentar los métodos de anticoncepción (p. ej., sin medicación, de barrera, hormonal, DIU y esterilización), incluyendo su eficacia, efectos secundarios, contraindicaciones, así como signos y síntomas que deban notificarse a un profesional sanitario.					
		NOC	Indicador	Puntuación			Número de Escala:
				Inicial	Diana	Tiempo	
Evaluación:	[1907] Control del riesgo: embarazo no deseado	[190706] Desarrolla estrategias efectivas de prevención de embarazo	1	5	7 días	Escala:13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado	
		[190707] Adapta las estrategias de prevención de embarazo	1	5	7 días		

[190712] Identifica el método anticonceptivo personal	1	5	7 días	3. A veces demostrado
[190714] Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente	1	5	7 días	4. Frecuentemente demostrado
[190717] Busca información actual sobre estrategias de planificación familiar	2	5	7 días	5. Siempre demostrado

Fuente: elaboración propia.

Después de determinar el plan de enfermería, se llevó a cabo la planificación y el cronograma de las sesiones pertinentes al programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson, con un enfoque de educación para la salud.

El contenido educativo se dividió para abordar el cáncer gástrico, su generalidad y las necesidades detectadas en la valoración como el riesgo de infección y la ansiedad, durante la III sesión, mientras que la IV sesión se dedicó la disposición para mejorar el autocuidado.

4.6.4.3 Diagnósticos a abordar en la Sesión III:

- Ansiedad [00146]
- Riesgo de infección [00004]
- Disposición para mejorar el autocuidado [00182]

Bases Científicas de la Sesión:

Terapias Mente-Cuerpo

La gastrectomía implica cambios significativos en el estado nutricional y altera el metabolismo, teniendo más riesgo de desnutrición, y un estado nutricional deficiente. Los parámetros como el estado nutricional, el peso corporal y el índice de masa corporal (IMC), la hemoglobina, el colesterol y el recuento de linfocitos disminuyen significativamente después de la cirugía, y se mantienen incluso hasta después de 5 años. (Muszyński et al, 2022)

Después de la gastrectomía por cáncer gástrico, la mayoría de las personas tienen una ingesta insuficiente de proteínas y calorías, además, continúan experimentando pérdida de peso, dependiendo de los factores así serán las intervenciones para mejorar la nutrición y los resultados de las personas oncológicas. (Wang et al, 2022)

Los estudios muestran que cerca del 20% al 61% de las personas operadas de gastrectomía por cáncer gástrico tienen un estado nutricional deficiente dentro de las causas se encuentra la anorexia, reflujo, hinchazón, vómitos y diarrea, con ello, las personas experimentan deficiencia de vitaminas y minerales. (Lim et al, 2020)

Las intervenciones nutricionales adecuadas previenen o reducen los efectos secundarios de la cirugía relacionados con la nutrición y mejoran los resultados relacionados con la ingesta de energía y proteínas. Dentro de las intervenciones se encuentran: masticar bien y comer poco, con frecuencia y lentamente, mantener precaución con el consumo excesivo de grasas, además, de no acostarse dentro de las 2 horas después de comer. (Youn et al, 2023)

Varios investigadores han estudiado los efectos negativos de la insatisfacción corporal o la insatisfacción con el peso o la forma. El alto nivel de preocupación por el peso es especialmente probable en mujeres durante la adolescencia y la adultez temprana (Di Giacomo et al, 2018) por lo que se incurre en ansiedad relacionada con el miedo a perder peso y como resultado, de la fuerte presión social para ajustarse a los estándares sociales de belleza. (Styk et al, 2023)

Las prácticas de meditación han recibido un mayor interés como intervenciones para la angustia psicológica y la ansiedad. La atención plena implica prestar atención a los pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas; por ello, adoptar una postura sin prejuicios hacia ellos. Algunas intervenciones son capaces de interactuar mente-cuerpo y sus enfoques multimodales producen los resultados esperados de un sistema adaptativo complejo. (Prevost et al, 2023)

Las terapias de relajación como la atención plena pueden mejorar la identidad propia, tiene por objetivo ayudar a las personas a aceptar las emociones negativas con la experiencia del

momento a momento método efectivo de afrontamiento para lidiar con las malas emociones y realizar cambios de comportamiento. (Joshi et al, 2021) Por su parte, la atención plena aplicada paulatinamente con la musicoterapia puede lograr la autoexpresión y ayudar a los individuos a mejorar su estado funcional físico, psicológico y social. (Yin, 2022)

La Society for Integrative Oncology (SIO) sugiere el uso del yoga para disminuir la ansiedad, el estrés y la depresión, así como para fortalecer el bienestar emocional y mejorar la calidad de vida de los supervivientes de cáncer. (Desai et al, 2021)

El yoga, una forma reconocida de conectar el movimiento del cuerpo y las fluctuaciones de la mente al ritmo de la respiración, dado que integra los componentes físicos, mentales y espirituales de un individuo para mejorar varios aspectos de la salud, particularmente las enfermedades relacionadas con el estrés, considerando que cultiva la conciencia de momento a momento. (Gandolfi et al, 2023)

En este sentido, primero se enseña a las personas a reconocer la aparición de los síntomas de ansiedad; luego se aplican habilidades específicas como el entrenamiento de relajación progresiva, que implica respiración diafragmática lenta y paulatina o técnicas de visualización; para terminar con técnicas de yoga que incluyen elementos de posturas estáticas (asanas), movimientos fluidos (vinyasas), patrones de respiración (pranayama), y atención plena. (Bandealy et al, 2021)

Las posturas Saludo al Sol (Surya namaskara), la serie se ejecuta, con lentitud, evitando movimientos bruscos y puede asociarse a la respiración, a la inhalación y la exhalación sucesivamente. Se compone de doce pasos, el cual consta de tres posturas de flexión hacia atrás y dos de flexión hacia adelante. Para completar una ronda, se repiten las posiciones; dentro de sus

beneficios se encuentran aumenta la capacidad de concentración y previene la ansiedad. (Prasanna Venkatesh & Vandhana, 2022)

Posturas de yoga (Asanas) en estado de concentración 15 minutos asanas de pie comenzando con un ejercicio de respiración profunda, luego de asanas en el piso, incluido un ejercicio de respiración rápido y contundente para terminar. (Gandolfi et al, 2023) Las asanas han demostrado una atenuación de los niveles de hormonas del estrés como el cortisol, la testosterona, la hormona del crecimiento y la hormona estimulante de la tiroides.

Infección

Con lo que respecta a el riesgo de infección por el catéter Port a Cath, es un tema que se trabajó con las otras dos participantes anteriores por lo que la base científica ya fue previamente citada.

Autocuidado Sexual

El autocuidado sexual es una parte integral de la vida, ha sido reconocida como uno de los temas de salud importantes, ya que la salud sexual incluye temas como: prevención de los cánceres de la mujer, promoción de la salud sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevención del embarazo no deseado. (Yazdani et al, 2023)

El empoderamiento reproductivo, la capacidad de los individuos para lograr sus metas reproductivas, se reconoce como un componente del autocuidado. (Burke et al, 2021) Los programas de promoción del autocuidado para mujeres en edad reproductiva logran el empoderamiento de la salud reproductiva.

Otro rasgo, es el autocuidado digital, cuyo objetivo es promover y mantener la salud se ha adoptado ampliamente para facilitar el acceso a información y servicios de salud centrados en la persona. (Hémono et al, 2022)

Las intervenciones de consejería anticonceptiva como parte de la atención estándar del cáncer tienen el potencial no solo de permitir que las mujeres con cáncer y las sobrevivientes de cáncer tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva. (Harris et al, 2022) Hay numerosos métodos anticonceptivos y la mayoría de las mujeres en edad fértil quieren un método seguro y disponibles fácilmente.

Ahora bien, el uso de anticonceptivos hormonales combinados puede estar contraindicado en cuanto existe un riesgo elevado de tromboembolismo. Los estrógenos se encuentran ampliamente estudiados que afectan múltiples variables hemostáticas y es posible que pequeños cambios inducidos por la terapia hormonal puedan aumentar el riesgo general de trombosis. (Abou-Ismaïl et al, 2020)

El acceso inadecuado a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y aceptables es un factor clave que contribuye a alta tasas de embarazos no deseados. Afortunadamente, existen métodos no hormonales que satisfacen las necesidades de las mujeres que, por diversas razones (como contraindicaciones o mayor riesgo para la salud), no desean utilizar métodos hormonales para evitar el embarazo; las opciones no hormonales incluyen dispositivos intrauterinos de cobre, condones o espermicidas. (Haddad et al, 2022)

Un espermicida es un medicamento anticonceptivo que se pueden aplicar en la vagina antes del coito para evitar el embarazo. No es tóxico y funciona manteniendo el pH vaginal por debajo de 5 para inmovilizar y destruir los espermatozoides, evitando físicamente que el esperma entre en la vagina. (Xie et al, 2021)

Los condones son medios económicos y altamente efectivos para prevenir el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados; no obstante, muchas veces su uso es dudoso e incorrecto. (Sanchez-Mendoza et al, 2020)

La evidencia muestra la importancia de asesorar sobre el uso de condones y demostrar el uso correcto de condones (particularmente condones masculinos); comunicar dicha información es clave para promover el uso de condones entre los jóvenes y es una barrera eficaz para prevenir embarazos adolescentes no deseados. (Muswede et al, 2021)

Dentro de los errores más comunes asociados al uso incorrecto del condón, informado por las mujeres jóvenes, incluyen colocar el condón al revés, usar un condón que se había secado, no usar lubricante y la aplicación apresurada, lo que puede causar problemas como deslizamiento y rotura. (Knights et al, 2021) Otros rasgos de los errores que conducen a un uso menos efectivo del condón son el uso incompleto (como usar el condón solo antes del orgasmo y/o quitárselo después del orgasmo), no dejar espacio en la punta y no sacar aire de la punta antes de usar. (Toopchian et al, 2017)

En la tabla 43, se muestra el plan didáctico de la sesión educativa de la sesión III de los temas de las necesidades detectadas en la valoración como ansiedad, riesgo de infección y disposición para mejorar el autocuidado.

Tabla 43

Sesión III. Plan didáctico de la estrategia educativas, participante MVG.

Objetivos de aprendizaje	Contenidos	Descripción	Materiales	Evaluación	Duración
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre el control de la ansiedad. • Ofrecer asesoramiento nutricional para desarrollar habilidades de ingesta de energía y proteínas. • Proporcionar educación sobre terapias de mente- cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para controlar la ansiedad. • Intervenciones nutricionales 	Se brindó una charla motivacional con herramientas prácticas para manejar la ansiedad relacionada con la angustia por la espera y por el peso.	Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma	Retroalimentación	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el riesgo de infección en personas con cáncer gástrico y cómo prevenirlo. • Facilitar la educación sobre los signos y síntomas de infección en el sitio de inserción del port a cath. • Proporcionar información sobre como autoevaluarse y describir cualquier signo y síntoma de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para reconocer signos de infección. • Como medir la temperatura corporal. • Prácticas de higiene en el hogar. 	Se brindó una charla explicativa sobre la importancia de identificar signos y síntomas de infección en el catéter port a cath. Se proporcionan consejos prácticos sobre prácticas de higiene adecuadas y a como mediar la temperatura.	Plataforma de WhatsApp y Zoom. Infograma.	Retroalimentación	20 minutos
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre empoderamiento reproductivo. • Ofrecer asesoramiento sobre métodos anticonceptivos no hormonales. • Facilitar la educación sobre los errores más comunes en el uso del condón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos anticonceptivos 	Se explica detalladamente los pros de los métodos anticonceptivo de barrera y los contras de los métodos anticonceptivos hormonales para empoderar a la participante en su salud sexual.	Plataforma de WhatsApp y Zoom	Retroalimentación	20 minutos

Fuente: Elaboración propia.

4.6.4.4 Síntesis de la Ejecución del Proceso de la Sesión III:

La planificación inicial contemplaba la realización de dos sesiones de ejecución. Sin embargo, debido a que los temas a tratar resultaron ser fáciles de abordar y no requerían mucho tiempo, se decidió a llevar a cabo todo el contenido en una sola sesión.

La sesión de tele-enfermería se efectuó por Zoom, tuvo una duración de 60 minutos, para abordar la ansiedad relacionada con el cáncer gástrico, se inició con la aplicación del instrumento BAI el cual se envió por Google Form por WhatsApp. Esta prueba ayudo a la profesional de enfermería a entender el nivel de ansiedad de la participante antes de iniciar la sesión; posteriormente, se realizó una charla participativa sobre terapias mente-cuerpo para tratar la ansiedad generada ante la incertidumbre sobre el estado de salud y la pérdida de peso producto de gastrectomía.

La sesión comenzó con una breve presentación sobre los principales beneficios de la práctica de yoga, la terapia de aceptación y la musicoterapia. Se le explicó que el yoga ayuda a relajar el cuerpo a través de posturas de yoga y la respiración profunda. La terapia de aceptación ayuda a aceptar la ansiedad y desarrollar habilidades para lidiar con ella. Por último, las imágenes guiadas, la musicoterapia le permiten usar la música para relajar la mente y el cuerpo. Por lo que la sesión se centró en enseñar a la participante técnicas de relajación para mejorar su bienestar mental y físico.

Del mismo modo, se le enseñó a la participante posturas de yoga con asanas, además, de cómo ejecutar correctamente algunas posturas básicas y cómo controlar la respiración para ayudar a aliviar los síntomas. Al final de la sesión, la participante recibió un infograma con posturas de yoga.

Al efectuar estas actividades se tomó en cuenta el noveno proceso caritas denominados, “Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu-salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”.

El programa educativo de esta sesión, también abordó asesoramiento nutricional y la prevención de infecciones en dispositivo Port-a-Cath, se incentivó a la participante a que realizara la autoinspección de la piel en el sitio de inserción del catéter para prevenir infecciones. Se enfatizó en la limpieza diaria con agua y jabón es esencial para mantener la piel limpia. Se sugirió que la participante realizara exámenes periódicos de la piel para detectar cualquier cambio en el área de inserción del catéter.

Finalmente, el programa educativo de esta sesión proporcionó consejos de autocuidado sexual enfocados en la prevención de embarazos no deseados, por lo que se abordó los métodos anticonceptivos de barrera. Esta sesión suministró los beneficios de estos métodos, además, se brindó información sobre cómo usar cada método correctamente y cómo prevenir los errores frecuentes.

Igualmente, se discutieron temas importantes como la importancia de elegir un método anticonceptivo que sea seguro, efectivo y adecuado para reducir el riesgo de trombosis, como el uso de métodos de barrera. Por otra parte, se explicó el riesgo de trombosis que con lleva, elegir anticonceptivos hormonales como los anillos vaginales, las píldoras anticonceptivas y los inyectables.

La sesión terminó con una discusión sobre preguntas y preocupaciones de la participante, acerca de los temas abordados como las asanas, ella mostró mucho interés en practicar este tipo

de ejercicios de relajación, porque su hija suele hacer este tipo de posturas siguiendo video de YouTube.

4.6.4.5 Evaluación del Proceso de Enfermería

Una semana después se realizó la última sesión del programa educativa, el cual tenía por objetivos evaluar los NOC y la práctica dirigida. Seguidamente en la tabla 44 se muestran la información obtenida en la evaluación de los NOC.

Tabla 44*Evaluación de Riesgo de infección participante MVG.*

Diagnóstico NANDA	NOC	Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Final
Riesgo de infección	Estado inmune	Tumores	3	5	3
	Control del riesgo: proceso infeccioso	Identifica signos y síntomas de infección	1	5	5
	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Temperatura de la piel	1	5	5
Disposición para mejorar el autocuidado	Control del riesgo: embarazo no deseado	Desarrolla estrategias efectivas de prevención de embarazo	1	5	5
		Adapta las estrategias de prevención de embarazo	1	5	5
		Identifica el método anticonceptivo personal	1	5	5
		Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente	1	5	5
		Busca información actual sobre estrategias de planificación familiar	2	5	5
Ansiedad	Nivel de ansiedad	Ansiedad verbalizada	1	5	5
		Exceso de preocupación	1	5	4
		Dificultad para relajarse	1	5	4
		Planea estrategias para superar situaciones estresantes	1	5	5

Autocontrol de la ansiedad	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	5	5
	Controla la respuesta de ansiedad	1	5	5
	Controla la respiración cuando está ansioso	1	5	5
Control de síntomas	Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta	3	5	5

Fuente: elaboración propia

Al evaluar el NOC estado inmune, el indicador tumores se mantiene en 3 moderado, dado que aún se mantiene a la espera de entrar a remisión del cáncer gástrico por lo que el riesgo de infección en el port a cath se mantiene. Respecto a la identificación de signos y síntomas de infección, el indicador se cambió de 1 (nunca demostrado) a 5 (siempre demostrado) gracias a las intervenciones educativas la participante distinguir entre las respuestas normales del cuerpo a ciertas situaciones y las señales de alarma que podrían indicar una infección real, debido a que ahora reconoce el hecho de que la incisión del port-a-cath presenta calor local posterior a cocinar, y no los indicios reales de una posible infección en el sitio del catéter.

La evaluación del NOC control del riesgo: embarazo no deseado con los indicadores: desarrolla estrategias efectivas de prevención de embarazo, adopción de estrategias de prevención de embarazo, utilización de métodos anticonceptivos correctamente. La participante fue calificada inicialmente en 1 nunca demostrado pasando a 5 siempre demostrado. Esto se debe a que mostró un mayor autocuidado sexual y un empoderamiento reproductivo al decidir continuar planificando con el preservativo, debido a los buenos resultados experimentados y que considera que no pone en riesgo su salud.

La evaluación del NOC nivel de ansiedad de la participante MVG mostró resultados positivos tras la incorporación regular de la práctica del yoga. La participante manifiesta una disminución significativa de los niveles de ansiedad y una mejora en la capacidad para el manejo efectivo de los síntomas de ansiedad como el poder autocontrolar las ganas de consumir arroz crudo.

Por consiguiente, los indicadores exceso de preocupación y dificultad para relajarse pasan de tener una calificación de 1 grave a 4 leve, puesto que el proceso de espera, le genera dudas e incertidumbre sobre el estado de salud estos sentimientos continuaran muy probablemente hasta

que se reciba el informe del Tac y se confirme la remisión del cáncer es por esta razón por lo que se considera leve su preocupación y su dificultad para relajarse.

Con respecto a los indicadores ansiedad verbalizada y planear estrategias paso de una calificación de 1 grave a 5 ninguna, ya que se encuentra aplicando correctamente las herramientas de afrontamiento aprendidas para mitigar los efectos de la ansiedad. Además, la evaluación muestra que la participante está utilizando técnicas de relajación, específicamente el yoga, para lidiar con la ansiedad. El hecho de que haya adoptado el yoga como una herramienta de relajación involucra también aprender a controlar la respiración, por lo que las puntuaciones se destacan de 1 nunca demostrado a 5 siempre demostrado por la habilidad para controlar la ansiedad de manera saludable y el compromiso activo con el autocuidado.

El programa educativo trajo un cambio positivo en el indicador "Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta". Inicialmente, la participante tenía una calificación de 3 a veces demostrada, pasando a una puntuación de 5 siempre demostrado. Este cambio se refleja en el vínculo y la confianza creada debido a que al detectar señales de alerta suele acudir a consultarme.

En la tabla 45, se muestran la evaluación del instrumento BAI, los resultados de los niveles de ansiedad antes y después de las intervenciones.

Tabla 45

Evaluación del instrumento Inventario de Ansiedad de Beck BAI, aplicado a la participante

MVG.

ítems	Pre-intervenciones	Post-Intervenciones
1. Hormigueo o entumecimiento.	1	1
2. Sensación de calor	0	0
3. Temblor de piernas	2	1
4. Incapacidad de relajarme	2	1
5. Miedo a que suceda lo peor	2	0
6. Mareo o aturdimiento	2	0
7. Palpitaciones o taquicardia	3	0
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	3	1
9. Terrores.	1	0
10. Nerviosismo	3	1
11. Sensación de ahogo	2	0
12. Temblores de manos	3	0
13. Temblor generalizado o estremecimiento	2	0
14. Miedo a perder el control	2	0
15. Dificultad para respirar	3	0
16. Miedo a morirme	1	0
17. Sobresaltos	2	0
18. Molestias digestivas o abdominales	2	0
19. Palidez	2	0
20. Rubor facial	0	0
21. Sudoración	3	1
Total:	41	6

Puntuaciones: 0= Nada, 1, 2, 3= Severamente

Fuente: Elaboración propia.

La aplicación del instrumento BAI, aplicado antes de las propuestas para afrontar la ansiedad muestran que la participante tenía una calificación de 41, indicativa de ansiedad severa. Los síntomas predominantes eran taquicardia, sensación de inestabilidad e inseguridad física, nerviosismo, temblores de mano y dificultad para respirar. Sin embargo, con la implementación

de las propuestas para afrontar la ansiedad, la calificación ha disminuido significativamente a 6, situándose en la categoría de ansiedad mínima.

Esta reducción en la puntuación del BAI sugiere que las posturas del yoga y los ejercicios de respiración han sido efectivos para ayudar a liberar la tensión acumulada en el cuerpo, y con ello aliviar los síntomas físicos relacionados con la ansiedad, como la taquicardia y la dificultad para respirar; además, esta práctica sirvió para desviar su atención de pensamientos negativos, como el miedo a que suceda lo peor.

La participante ha experimentado una reducción significativa de los síntomas de ansiedad, pasando de severamente a nada o levemente, puesto que ha pasado de experimentar muchos signos de ansiedad o solo unos cuantos síntomas que calificó con puntuaciones bajas de 1, los síntomas que actualmente sigue experimentando son: temblor en las piernas, incapacidad de relajarse, nerviosismo y sudoración. Lo que sugiere que las estrategias de mente-cuerpo empleadas para lograr este objetivo de reducir la ansiedad han sido efectivas y eficaces.

4.6.4.6 Evaluación de la Práctica Dirigida.

En la última sesión de tele-enfermería, la participante también evaluó la práctica dirigida a través de la Escala WCPS como se muestra en la tabla 47 calificó el cuidado recibido con el mayor grado de satisfacción de cuidado humanizado en todos los ítems de la escala. Asimismo, se le realizaron preguntas para indagar sobre la satisfacción con el programa y su impacto expresando que el programa había sido de gran ayuda al proporcionar información sobre el cáncer que desconocía y que en otros lugares como la clínica no le suministraban. (MVG, 2023)

Tabla 46

Resultados de la escala Watson Caritas Patient Score participante MVG, durante el cuidado de enfermería recibido en la práctica dirigida.

Items	Nunca					Siempre	
	1	2	3	4	5	6	7
1) Me cuidaron con amor y bondad							X
2) Satisficieron mis necesidades humanas básicas con dignidad							X
3) Mantuvieron relaciones de ayuda y confianza conmigo							X
4) Crearon un ambiente de cuidado que me ayudo a sanar							X
5) Valoraron mis creencias personales y mi fe, permitiéndome vivir esta experiencia con esperanza.							X

Fuente: elaboración propia, con datos de Watson et al, 2014

4.7 Alcance y Limitaciones

El principal alcance es que se logró desarrollar el programa basado en la humanización del cuidado para personas adultas con cáncer gástrico, con el cual se les proporcionó a las personas participantes un cuidado centrado en la persona a través de la tele-enfermería en salud a partir de la identificación integral de las necesidades.

La realización de un programa de humanización del cuidado a través de la tele-enfermería permitió mejorar el acceso a la salud individualizada para personas con cáncer gástrico, abriendo una puerta para que el cuidado profesional de enfermería llegara a una audiencia más amplia, ofreciendo a las participantes la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades en relación con la salud.

A través de este programa para la humanización del cuidado se crearon pautas de cómo utilizar la teoría del cuidado humano en procesos de enfermería para futuras intervenciones en pacientes oncológicos y sus familias. Este programa ha demostrado la implementación de 8 de los 10 Procesos Caritas de Cuidado, resaltando aspectos como la empatía, el apoyo físico y emocional y la creación de un ambiente de confianza.

Este programa educativo de enfermería demuestra a través de los diagnósticos de enfermería que la población con cáncer gástrico enfrenta numerosas necesidades de cuidado integral y holístico que no se abordan adecuadamente en los centros de salud nacionales, por la falta de un enfoque de cuidado holístico y humanizado.

Por otro lado, el abordaje de estas necesidades requirió el uso del conocimiento científico para empoderar a las personas con cáncer gástrico, a través de estrategias educativas individualizadas y adaptadas a las circunstancias únicas de cada persona oncológica participante.

Dentro de las principales limitaciones que se experimentó fue que el cáncer gástrico es una enfermedad que afecta principalmente a población adulta mayor. Esta población se vio limitada por la tecnología para participar del programa virtual, por lo que reclutar participante por redes sociales fue un proceso bastante tedioso debido al hecho de que no había contacto cara a cara que generará confianza.

El cuidado de enfermería por medios virtuales presenta algunas limitaciones importantes para su implementación. Estas limitaciones incluyen el uso de la información de salud, específicamente de su patología y tratamiento médico, la información puede estar incompleta o ser poco confiable, lo que afecta la calidad de los cuidados proporcionados.

Es esencial completar una valoración de enfermería para proporcionar un cuidado de enfermería de calidad. La valoración de enfermería virtual tiene sus retos debido a la falta de contacto físico, lo que dificulta llevar a cabo el examen físico esencial durante la valoración de enfermería. Esto también limita la capacidad de detectar señales y síntomas importantes del cáncer gástrico que no pueden ser identificados a través de la pantalla.

Estas desventajas deben ser consideradas antes de utilizar este enfoque. Una valoración incompleta puede reducir la eficacia de la atención para identificar todas las necesidades de cuidado. En este sentido, se propone la opción de emplear la tele-enfermería con el complemento de la valoración de manera presencial.

La red de razonamiento lógico es una herramienta útil para priorizar los diagnósticos de enfermería ya que permite observar las conexiones entre las necesidades, sin embargo, representa un reto cuando se trata de personas con diagnóstico oncológico debido a la complejidad de esta enfermedad. Esto se debe a que existen diagnósticos con muchas conexiones entre ellos que no necesariamente se puedan intervenir por la metodología de esta práctica.

Capítulo V

Conclusiones y

Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Para las personas con enfermedades oncológicas, el programa en enfermería de cuidado humanizado puede mejorar la vivencia del proceso salud-enfermedad a través de la consejería en salud y el seguimiento individual. Por lo tanto, se debería evaluar más a fondo el efecto a largo plazo del cuidado humanizado y ampliar la etapa de seguimiento de los procesos de enfermería.

El programa basado en la humanización del cuidado para personas adultas con cáncer gástrico, sustentado con una teoría propia de la disciplina de enfermería, ha confirmado ser una estrategia efectiva para brindar un cuidado centrado en la persona y no solo en la enfermedad. Las personas con cáncer gástrico demostraron tener muchas necesidades de cuidado en todas las esferas; lo que refleja la profunda necesidad de un cuidado humanizado en esta población.

A través de los procesos de enfermería se alcanzó el objetivo de desarrollar un programa basado en la humanización del cuidado para la persona adulta con cáncer gástrico. El programa ha demostrado ser efectivo para mejorar las necesidades especiales de cuidado holístico de sus participantes. Los resultados de los diagnósticos de enfermería permitieron evidenciar la importancia que tiene abordar el cáncer gástrico desde un enfoque holístico.

La utilización de los patrones funcionales de Gordon en el proceso de valoración fue una herramienta útil y fundamental para brindar un cuidado humanizado, permitió una visión integral de las necesidades de las personas oncológicas, lo que ayudó a identificar con mayor precisión las necesidades individuales durante la fase de diagnóstico.

La planificación de intervenciones de enfermería con enfoque de educación para la salud es una estrategia eficaz para empoderar y hacer partícipe a la persona en su proceso de salud-enfermedad. Al comprender mejor su condición y la importancia de ciertos comportamientos, toman un papel más activo y toman decisiones informadas para su bienestar.

Otro elemento valioso fue en la evaluación emplear instrumentos específicos de evaluación como las escalas, si bien los NOC cuentan con indicadores para medir los resultados y el progreso; su evaluación puede ser más subjetiva y menos precisa, dado que depende en gran medida de la percepción del profesional de enfermería. En cambio, los instrumentos cuentan en su mayoría con metodología estructurada y precisa para evaluar.

Por otra parte, la utilización del instrumento Watson Caritas Self-rating Score fue fundamental para poder ofrecer un cuidado humanizado, en vista de que fomenta la autoevaluación y la reflexión para establecer una base sólida de autocuidado, abarcando así mis necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales; mejorando con ello, mi capacidad para observar las necesidades de cuidados humanizados de las participantes.

Este programa educativo ha colaborado con la ciencia de enfermería al resaltar la importancia de utilizar teorías de enfermería para guiar y mejorar la práctica de los procesos de enfermería. La teoría del cuidado humanizado ha sido un ejemplo significativo de cómo la integración teórica puede tener un impacto positivo en la calidad y en la experiencia del cuidado brindado a personas con cáncer gástrico. Además, el enfoque virtual empleado, muestra cómo la ciencia de enfermería continúa evolucionando y adaptándose para brindar cuidado de manera innovadora y efectiva.

5.2 Recomendaciones

- La recomendación principal de este TFIA es mejorar el cuidado de enfermería a través de los procesos de enfermería holísticos y humanizados. Dado que al brindar cuidado centrado en la persona teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas y sociales. Se mejora la experiencia de la persona usuaria durante el proceso de salud-enfermedad.

- La tele enfermería emerge como una herramienta altamente efectiva y beneficiosa para la atención de la población oncológica. Se recomienda su aplicación con mayor énfasis en poblaciones jóvenes, debido a las barreras tecnológicas que pueden surgir al implementarla con adultos mayores.
- Se sugiere que se implementen escalas de medición del cuidado humanizado, que permiten evaluar la percepción de las personas usuarias sobre el cuidado brindado. Estas escalas permitirán obtener una retroalimentación objetiva y cuantificable sobre la calidad del cuidado.
- El cáncer es una enfermedad compleja que requiere de cuidados especializados de alta complejidad por lo que es necesario la enfermería especializada en oncología que brinde no solo el cumplimiento de los tratamientos médicos, sino también de un apoyo emocional y una comprensión profunda de las necesidades de los individuos.
- En este sentido, se resalta la importancia de fomentar la formación y capacitación del personal de enfermería oncológica para brindar un cuidado humanizado a las personas con cáncer gástrico en los tres niveles de atención.
- El cuidado humanizado no solo es una opción, sino una necesidad en la enfermería oncológica, ya que se reconoce que las personas que enfrentan el cáncer presentan desafíos únicos y complejos, tanto a nivel físico como emocional, espiritual y social durante el proceso de la enfermedad.
- Se sugiere la inclusión de teorías de enfermería que sustente la práctica del cuidado humanizado, ya que puede mejorar la calidad del cuidado al proporcionar una atención más compasiva, empática y respetuosa.

- Con el desarrollo de este programa, se evidencia la necesidad educativa que tienen las personas oncológicas durante el proceso de salud- enfermedad. Se recomiendan los programas diseñados con un enfoque centrado en la persona, donde se promueva la participación activa, y se brinde información clara, útil y actualizada.
- Es fundamental involucrar activamente a las personas con cáncer en la planificación de los procesos de enfermería, estableciendo juntos las prioridades de cuidado. Esto no solo beneficia a las personas usuarias, sino que también fortalece la relación profesional de enfermería-paciente.
- Finalmente, el cuidado humanizado en la población oncológica es un tema de gran relevancia, por lo que se insta a realizar investigación sobre el impacto que trae el cuidado humanizado en la calidad de vida de las personas oncológicas. Esto impulsará la conciencia sobre la importancia de implementar el cuidado humanizado de manera generalizada en el ámbito de la oncología.

ANEXOS



Anexo 1
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

Consentimiento Informado

Programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico

Nombre de la estudiante: Dayana Mondol Hernández

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

Como parte del programa de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se requiere que se complete un Trabajo Final de Investigación Aplicada. Por consiguiente, yo Dayana Mondol Hernández, cédula 603960253, estudiante de dicha maestría, para cumplir con este requisito debo realizar una Práctica Profesional Dirigida llamada “Programa de enfermería basado en el cuidado humanizado para personas adultas con cáncer gástrico, desde la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.”, bajo la tutela de la Dra. Ana Laura Solano López, enfermera y coordinadora de la maestría.

B. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

El objetivo de la práctica profesional dirigida es desarrollar un programa basado en la humanización del cuidado para la persona adulta con cáncer gástrico, con el fin de satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales de la persona con cáncer gástrico y su familia. Este programa, además, fortalecerá la enfermería para desarrollar intervenciones efectivas en pro de las personas con cáncer gástrico.

El cuidado humanizado es un componente esencial en el campo de la salud porque busca brindarle servicios de enfermería de calidad; De manera que el programa de enfermería, se centrará en usted como persona, en todas sus dimensiones (físicas, psicológicas, espirituales y sociales) y no solo en la enfermedad del cáncer. Asimismo, se establecerá una relación terapéutica enfermera-paciente, donde a través del respeto y la comprensión de sus necesidades, se le pueda brindar herramientas como la educación en salud que promuevan el mejoramiento de su bienestar y el de su familia.

Las personas que participarán de este programa deben tener las siguientes características: ser costarricenses, mayores de 18 años, vivir en el país, hablar español, encontrarse diagnosticadas de cáncer gástrico, deben tener acceso a internet y contar con dispositivos electrónicos como celular, computadora o tablet, además, debe tener habilidades para el uso de la plataforma zoom y WhatsApp.

C. ¿QUÉ SE HARÁ?

Si usted decide participar en el programa, usted será atendido por Dayana Mondol Hernández, enfermera licenciada y estudiante de la maestría profesional en enfermería oncología y hematológica de la Universidad de Costa Rica, y será parte de un proceso de enfermería. El proceso de enfermería, el cual consiste en identificar sus necesidades de salud y partiendo de estas se le diseñará un plan, para satisfacer estas necesidades, se implementarán actividades y se evaluará para ver si usted mejoró su bienestar y el de su familia. Para completar este proceso será necesario asistir a un aproximado de 5 sesiones en modalidad virtual.

Las sesiones se desarrollarán de la siguiente forma:

- Sesión número 1: Se aclararán dudas acerca del programa y se firmará el consentimiento informado y se le enviará una pequeña encuesta para valorar el cuidado de enfermería recibido con anterioridad. Se le solicitarán datos personales y sociodemográficos, con ello se pretende recolectar datos generales de cada participante, como, por ejemplo: edad, sexo, estado civil, escolaridad, entre otros
- Sesión número 2: Será una sesión individual o con alguno (a) de sus familiares, si así usted lo desea. Se le realizará una valoración de enfermería, enfocándose en el impacto que ha traído el diagnóstico del cáncer gástrico en su vida, desde las diferentes áreas como lo son: la nutrición, la actividad física, en el patrón de sueño, alteraciones en su vida social, entre otros. Además, se le preguntará acerca de su historial médico, sus laboratorios, procedimientos realizados, quimioterapias aplicadas, etcétera. Con esta información, se identificarán las áreas de su vida que requieren de un acompañamiento profesional y se creará un plan para colaborar en la mejora de su bienestar.
- Sesión número 3-4: Con base en las necesidades en salud percibidas en usted y su familia, se realizarán sesiones educativas que le permitirán aprender conocimientos y estrategias para afrontar el cáncer gástrico y sus consecuencias.
- Sesión número 5: Se realizará la evaluación final del programa, donde se medirán los avances o mejoras percibidas en su salud. Asimismo, se le pedirá contestar una pequeña encuesta acerca del cuidado que le brindé en el programa educativo, en esta sesión usted y su familia, podrán brindar críticas constructivas que permitan mejorar futuros programas de esta índole.

Todas las actividades serán virtuales por medio de la plataforma Zoom, con una duración de 45 a 60 minutos cada una, a horas y fechas a convenir con usted.

Las sesiones no serán grabadas, pero tomaré notas de la información que usted me brinde. En algunas sesiones mi tutora la Dra. Ana Laura Solano, podrá estar presente.

D. RIESGOS

La participación en esta práctica puede significar ciertos riesgos o molestias para usted por las siguientes razones: posible pérdida de la privacidad al compartir información de salud, ansiedad al hacerle preguntas generales que pueden podrían dañar su sensibilidad, o bien sentirse cansado o cansada. Sin embargo, se le recuerda que usted es libre de no contestar alguna pregunta, en el momento que usted desee hacer una pausa en las sesiones lo puede hacer, o bien se puede retirar de la sesión o el programa cuando lo desee.

E. BENEFICIOS

El posible beneficio para usted por participar en esta práctica dirigida es que le colaboraremos en la satisfacción de algunas de sus necesidades, físicas, psicológicas, emocionales o espirituales en el proceso del cáncer gástrico. Además, su participación ayudaría al crecimiento de la ciencia y práctica de la enfermería para mejorar el cuidado de otras personas con cáncer gástrico.

Así mismo, usted recibirá información útil que le permita mejorar su autocuidado durante su proceso de cáncer gástrico, por lo que, si se encuentra a la espera o post operado de gastrectomía, esta información le servirá en los cuidados pre y post operatorios, del mismo modo si está recibiendo quimioterapias le será de gran ayuda.

F. VOLUNTARIEDAD

Su participación en este programa es voluntaria y puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder su derecho o incurrir en ninguna sanción por retirarse o no participar. Es importante aclarar que estas sesiones no sustituyen el cuidado habitual que usted lleva en el sistema de salud público o privado, sino que son ayudas adicionales.

G. CONFIDENCIALIDAD

Su participación en este programa es confidencial, se le garantiza un estricto manejo y confidencialidad de la información suministrada.

Las sesiones se deberán describir en un documento escrito final y en una defensa pública, sin embargo, en el documento escrito no aparecerá su nombre, ni su información de identificación, sino que se utilizará un pseudónimo.

H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con la profesional responsable o sus colaboradores sobre este programa y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la Licda. Dayana Mondol Hernández al 60553117, o a la Dra. Ana Laura Solano al 85709833.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse con el Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-2096, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

Usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata la práctica profesional dirigida, las condiciones de mi participación y accedo a participar en este programa.

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula de la estudiante que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Anexo 2



Watson Caring
Science Institute

Watson Caritas Patient Score®

DIRECTIONS: Al responder a las preguntas, por favor considere la consistencia general de la atención humana que ha recibido durante su estancia en el hospital. Por favor, marque con un círculo el número correspondiente a la mejor respuesta.

Nunca **Siempre**

Mis cuidadores:

Entregue mi cuidado con bondad amorosa.	1	2	3	4	5	6	7
Satisfacer mis necesidades humanas básicas con dignidad.	1	2	3	4	5	6	7
Tener relaciones de ayuda y confianza conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
Crear un ambiente de cuidado que me ayude a sanar.	1	2	3	4	5	6	7
Valorar mis creencias personales y mi fe, permitiendo la esperanza.	1	2	3	4	5	6	7

Te invitamos a compartir cualquier momento noble, cuidadoso o descuidado que hayas experimentado durante esta estadía en el hospital.

¡Gracias por completar nuestro cuestionario!

Anexo 3



Watson Caring
Science Institute

Puntuación AutoReporte Watson Caritas

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una serie de preguntas para ser respondidas, cuando lo haga, por favor considere la consistencia general del CUIDADO de humano a humano que usted misma(o) ha experimentado o vivido. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la mejor

	Nunca					Siempre
Me trato con amor y amabilidad.	1	2	3	4	5	6 7
Practico el autocuidado como medio para satisfacer con dignidad mis necesidades básicas como ser humano.	1	2	3	4	5	6 7
Mantengo relaciones de ayuda y confianza con los demás.	1	2	3	4	5	6 7
Promuevo un ambiente de cuidado que me ayude a crecer.	1	2	3	4	5	6 7
Valoro mis creencias personales y mi fe, permitiendo mi éxito personal.	1	2	3	4	5	6 7

Recomendaría este hospital a alguien que amo: Si No

Lo invitamos a compartir cualquier momento de cuidado o despreocupación notable que haya experimentado durante esta estancia hospitalaria.

Gracias por diligenciar nuestra encuesta.

© Copyright 2011. Watson, J., Brewer, B.B. All rights reserved.
A Watson Caritas Measures® document of Watson Caring Science Institute. Not to be used without permission.

Traducido al español por: WCSI - IJA

www.watsoncaringscience.org

Anexo 4

Participe del Trabajo Final de Investigación Aplicada: Programa de Enfermería Basado en el Cuidado Humanizado para Personas Adultas con Cáncer Gástrico

Realizado por la Lic. Dayana Mondol Hernández, enfermera, estudiante de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

El objetivo es desarrollar un programa basado en la humanización del cuidado, donde se busca brindarle servicios de enfermería de calidad, de manera que el programa de enfermería, se centrará en usted como persona en todas sus dimensiones (físicas, psicológicas, espirituales y sociales) y no solo en la enfermedad del cáncer, asimismo, se establecerá una relación terapéutica enfermera-paciente, donde a través del respeto y la comprensión de sus necesidades, se le pueda brindar herramientas como la educación en salud que promueven el mejorar su bienestar y el de su familia.

Requisitos para participar del programa de enfermería:

- Ser mayor de edad.
- Ser costarricense y vivir en el país.
- Estar diagnosticado de cáncer gástrico.
- Contar con algún dispositivo electrónico, computadora, tablet o teléfono inteligente.
- Tener acceso a internet, además, habilidades en el uso de zoom y WhatsApp .

¿Como puedo participar en el programa?

Completando el siguiente formulario para verificar los requisitos y contactarle:

<https://forms.gle/eSLFHeGcpE5A7Vgc8>

o escribiendo al correo DMONDOL77@gmail.com

¿Donde puedo participar del programa

Sera completamente virtual mediante la plataforma Zoom, en fecha y hora a convenir.



Cupo limitado

Anexo 5

PROTOCOLO ERAS

Enhanced Recovery After Surgery

Beneficios del protocolo ERAS
 Reducen las complicaciones posoperatorias de la gastrectomía, la duración de la estancia en el hospital
 Tian et al, 2020


Propósito del protocolo ERAS
 Estar preparado emocional, psicológica y físicamente para la cirugía
 Gillis et al, 2017

Alimentación
 Dieta saludable antes de la cirugía
 Día 1 de operado posiblemente dieta líquida
 Día 2-4 posiblemente consumo de alimentos sólidos
 Asociación Japonesa de Cáncer Gástrico, 2023


Actividad Física
 Actividad física antes y después de la cirugía para una recuperación más rápida. Deambulación temprana
 Weindelmayer et al, 2021

Manejo del estrés preoperatorio
 Estar tranquilo (a) previo a la cirugía previene las complicaciones posoperatorias
 Gillis et al, 2017

Una recuperación más rápida y exitosa dependerá en gran medida del autocuidado que te brindes antes y después de la cirugía.



*Pi. Dayana Mendel
 Estudiante de la Maestría en Enfermería Oncológica y Hematología*



Anexo 6

TERAPIA FÍSICA Y COGNITIVA

La terapia física incluye movimientos suaves, lentos, sencillos y seguros, con caminatas de 6 minutos. Se ha demostrado que caminar a paso ligero mejora la condición cardiorrespiratoria, la fuerza muscular y la composición corporal

Angulo et al, 2020



01

Prevenir o reducir el número de caídas, mejorar la seguridad en el entorno como: uso de equipos de asistencia bastones, andaderas; además, vigilancia por parte de adulto capacitado caminen detrás .

Uchmanowicz et al, 2018

02

Cree un ambiente seguro eliminando todas las alfombras, tapetes y cables innecesarios.

Uchmanowicz et al, 2018



03

Los programas de estimulación de la memoria también conducen a cambios positivos en el rendimiento de los adultos mayores a mejorar, mantener o restaurar la función cognitiva

Ijaz et al, 2022

04

A través de la práctica repetida y estructurada de tareas como: "encuentra las diferencias", laberintos, rompecabezas y juegos de cartas

Ijaz et al, 2022



Por Dayana Mondol
Estudiante de la Maestría en
Enfermería Oncológica y Hematológica

Anexo 7

Alimentación durante náuseas

01 CONTROLAR LAS NÁUSEAS Y EL VÓMITO

Métodos no farmacológicos como té de jengibre, la musicoterapia y la terapia de masaje.

Choi et al, 2022

Eliminar el café y los alimentos olorosos, ricos en grasas y muy dulces.

Tan et al, 2021

02 COMIDA SALUDABLE

5 tiempos de comidas, con dieta rica en verduras, frutas y cereales integrales, limitando el consumo de carnes rojas y alimentos procesados.

Baldwin et al, 2016

Líquidos se toleran mejor fríos, claros y ácidos y que se tomen en pequeñas cantidades con una pajilla.

Tan et al, 2021

Por Dayana Mandol
Estudiante de la Maestría
en Enfermería Oncológica y
Hematológica

Anexo 8

CATETER PORT A CATH

Inspección de la piel en
busca de infección



RIESGO DE INFECCIÓN

Las personas con cáncer tienen un riesgo particular de contraer infecciones, debido a la inmunosupresión relacionada con la enfermedad y el tratamiento.



COLOR

Rosado, rojo, morado, negro



COLOR DEL EXUDADO

Transparente, ámbar, rosado, rojo, verde, amarillo



LA CONSISTENCIA

Espeso, pegajoso o líquido



OLOR DEL EXUDADO

Sin olor o desagradable

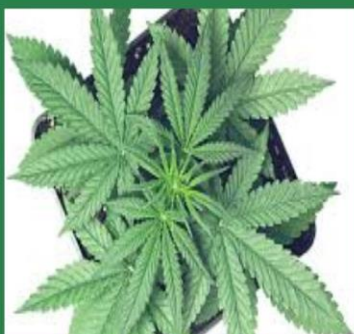
REFERENCIAS

Broadhurst et al, 2017

POR DAYANA MENDOL
ESTUDIANTE DE LA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA Y
HEMATOLÓGICA

Anexo 9

CANNABIS



Las personas con cáncer están cada vez más interesadas en la utilidad de los cannabinoides en su régimen de tratamiento. El cannabis es una planta con propiedades medicinales conocida desde hace mucho tiempo en medicina. (Szalata et al, 2022)

Se ha dicho que el cannabis brinda beneficios a las personas con cáncer, con mayor frecuencia aliviando náuseas y vómitos inducido por las quimioterapias, ansiedad, insomnio, dolor y pérdida de apetito. (Buchtova et al, 2023)



Si bien su uso no es legal en todas las regiones, es importante si decides utilizarla, conozcas sus uso, vía de administración, efectos secundarios e interacciones con las quimioterapias.

QUE DEBO SABER SOBRE EL CANNABIS

Los cannabinoides inhalados pueden producir síntomas más graves, como lo son:

- Hipotensión
- Pánico
- Ansiedad,
- Delirio
- Depresión respiratoria
- Ataxia.

El cannabis por vía oral produce:

- Taquicardia
- Bradicardia
- Bradipnea
- Hipotensión
- Dificultad respiratoria
- Hipotonía.

(Kitdumronghum & Trachootham, 2023)



EL CANNABIS Y LAS QUIMIOTERAPIAS

Hasta la fecha, se han realizado pocas investigaciones de estudios de interacción farmacocinética para evaluar los efectos del cannabis aislados en los niveles sanguíneos de las terapias convencionales contra el cáncer.

Diversos estudios sugieren el consumo de cannabis debe considerarse cuidadosamente en personas con neoplasias malignas avanzadas tratados con metotrexato, docetaxel, cisplatino, carboplatino, doxorubicina y algunos otros medicamentos que se encuentra en investigación. (Buchtova et al, 2023)



Por Dayana Mondol
Estudiante de la Maestría en
Enfermería Oncológica y
Hematológica

Anexo 10

POR QUE PRÁCTICAR YOGA?

Beneficios durante y después de los tratamientos contra el cáncer. Desai et al, 2021

Reduce el estrés y la ansiedad fomentando la relajación mental y física. Gandolfi et al, 2023

El yoga incluyen elementos de posturas estáticas (asanas), movimientos fluidos (vinyasas), patrones de respiración (pranayama), y atención plena

Bandealy et al, 2021

Aumenta la capacidad de concentración y previene la ansiedad

Gandolfi et al, 2023

Por Dayana Mandol
Estudiante de la Maestría en Enfermería Oncológica y Hematológica

Anexo 11

Evaluación del Programa de Enfermería Basado en el Cuidado Humanizado para Personas Adultas con Cáncer Gástrico.

Información de la Participante:

Iniciales: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo evaluar el impacto del Programa Educativo de Enfermería a la que Usted ha asistido. Por favor, responda todas las preguntas de manera sincera y objetiva.

Sección 1: A continuación, se presenta una serie de afirmaciones relacionadas con los temas tratados en las sesiones educativas. Indique marcando la respuesta que mejor refleja tu opinión.

1. El programa educativo de enfermería me proporcionó información clara, comprensible y de gran ayuda para mí.

Verdadero / Falso

2. El programa Educativo de Enfermería me ha ayudado a entender mejor mi condición de salud con el cáncer gástrico.

Verdadero / Falso

3. Ahora tengo una mayor comprensión de cómo manejar y controlar aquellas situaciones de salud, que estaban afectando mi vida.

Verdadero / Falso

4. Creo que voy a adoptar algunos hábitos saludables, que aprendí en el programa educativo que pueden mejorar mi calidad de vida.

Verdadero / Falso

5. La profesional de enfermería fue amable y estuvo dispuesta a responder mis preguntas durante las sesiones.

Verdadero / Falso

6. Recomendaría este programa educativo de enfermería a otras personas con cáncer gástrico.

Si / No

7. Recomendarías que se siga realizan programas educativos de enfermería de manera virtual.

Si / No

8. La duración del programa educativo de enfermería fue:

Adecuada / Demasiado corto/ Demasiado largo

Sección 2: Comentarios y Sugerencias. Instrucciones: Si tienes algún comentario o sugerencia sobre la práctica dirigida de educación en salud o sobre cómo mejorarla, por favor escríbelo en el espacio proporcionado.

Referencias

- Abou-Ismaïl, M. Y., Citla Sridhar , D., & Nayak , L. (2020). Estrogen and thrombosis: A bench to bedside review. . *Thrombosis research*, 1-30. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.05.008>
- Abrams, D. I. (2022). Cannabis, Cannabinoids and Cannabis-Based Medicines in Cancer Care. *Integrative cancer therapies*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/15347354221081772>
- Adriaans, D. J., Dierick-van Daele , A., M. J. H. M., , v., Nieuwenhuijzen, G. A., Teijink, J., Heesakkers, F., & van Laarhoven, H. (2021). Digital Self-Management Support Tools in the Care Plan of Patients With Cancer: Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of medical Internet research*. <https://doi.org/10.2196/20861>
- Ahmadzadeh, A., Saeid Seyedian, S., Valizadeh, A., Soleimani, M., Nazari, P., & Hamidi, H. (2020). The Efficacy and Safety of Modified Docetaxel, Cisplatin, and 5-Fluorouracil Vs. Epirubicin, Oxaliplatin, and Capecitabine Regimen in the Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention* , 727-732. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.3.727>
- Aithal, G. P., Palaniyappan , N., China , L., Härmälä , S., Lucia , M., Ryan , J., . . . Verma, S. (2021). Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*, 9-29. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321790>
- Alves da Silva, L. A., Mattos Machado , C., de Oliveira Santana , E., Nunes da Silva, M., Okino Sawada , N., Bittencourt , P., & Puchalski Kalinke, L. (2021). Guided imagery relaxation in quality of life of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a quasi-experiment. . *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 2453-2460. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.8.2453>
- AMA. (2023). evaluación del cuidado. (D. Mondol, Entrevistador)
- American Cancer Society. (2018). *Cancer Org*. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por->

etapas.html#:~:text=Los%20c%C3%A1nceres%20de%20est%C3%B3mago%20en,una%20mayor%20propagaci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer.

An, J., Zhou , K., Li , M., & Li, X. (2022). Assessing the relationship between body image and quality of life among rural and urban breast cancer survivors in China. *BMC women's health*, 1-10.
[https://doi.org/ 10.1186/s12905-022-01635-y](https://doi.org/10.1186/s12905-022-01635-y)

Anacleto, G., Cecchetto, F., & Riegel, F. (2020). Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. *BAHIANA SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH*, 246-254. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2737>

Angulo, J., El Assar , M., Álvarez-Bustos , A., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox biology*, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>

Apóstolo, J., Cooke , R., Bobrowicz-Campos, E., Santana , S., Marcucci, M., Cano , A., . . . Holanda, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 140-232.
[https://doi.org/ 10.11124/JBISRIR-2017-003382](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382)

Arias Corella, E., Calderón Picado, G., Solano Morales, M., & Vega Mondragón, T. (2021). *Percepción de cuidado humanizado de Enfermería en personas hospitalizadas en un hospital privado* .
 Universitaria Rodrigo Facio.

Asociación Japonesa de Cáncer Gástrico. (2023). Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). . *Gastric cancer : official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association*, 1-25 . <https://doi.org/10.1007/s10120-022-01331-8>

Aukerman, E. L., & Jafferany, M. (2023). The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review. *Journal of cosmetic dermatology*, 89–95. [https://doi.org/ 10.1111/jocd.14983](https://doi.org/10.1111/jocd.14983)

Badie, A., Gaidon, C., & Mellitzer, G. (2022). Histone Deacetylase Functions in Gastric Cancer: Therapeutic Target? *Cancers (Basel)*, 1-22. [https://doi.org/ 10.3390/cancers14215472](https://doi.org/10.3390/cancers14215472)

- Bai, X., Soh, K., Omar Dev, R., Talib, O., Xiao, W., & Cai, H. (2022). Effect of Brisk Walking on Health-Related Physical Fitness Balance and Life Satisfaction Among the Elderly: A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.829367>
- Baldwin, C., Kimber, K., Gibbs, M., & Weekes, C. (2016). Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1-214. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009840.pub2>
- Bandealy, S. S., Sheth, N., Matuella, S., Chaikind, J., Oliva, I., Philip, S., . . . Hoge, E. (2021). Mind-Body Interventions for Anxiety Disorders: A Review of the Evidence Base for Mental Health Practitioners. *Focus (American Psychiatric Publishing)*. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200042>
- Beck, A. M., Seemer, J., Knudsen, A., & Munk, T. (2021). Narrative Review of Low-Intake Dehydration in Older Adults. *Nutrients*, 1-16. <https://doi.org/10.3390/nu13093142>
- Beek, F. E., Wijnhoven, L., Custers, J., Aukema, E., Coupé, V., Cuijpers, P., . . . Verdonck-de Leeuw, I. (2019). Prevalence of adjustment disorder among cancer patients, and the reach, effectiveness, cost-utility and budget impact of tailored psychological treatment: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychol*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0368-y>
- Bellido Vallejo, J., Lendínez Cobo, JF., J., Cárdenas Casanova, V., V., & Ibáñez Munoz, J. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN* (2da ed., Vol. primera). Barcelona, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Retrieved junio de 2021, from <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Belo Fernandes, J., Alves Vareta, D., Fernandes, S., Castro, C., Simões, A., Peças, D., & Almeida, A. (2022). Nursing interventions that humanise care for patients affected by COVID-19 in isolation units: An integrative review. *Infect Dis Health*, 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2022.03.001>

- Bennet, D., Khorsandian, Y., Pelusi, J., Mirabella, A., Pirrotte, P., & Zenhausern, F. (2021). Molecular and physical technologies for monitoring fluid and electrolyte imbalance: A focus on cancer population. *Clinical and translational medicine*, 1-22. <https://doi.org/10.1002/ctm2.461>
- Bennett, S., Pigot, A., Beller, E., Haines, T., & Christie delaney, J. (2016). Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1-61. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008144.pub2>
- Best, L. M., Mughal, M., M., & Gurusamy, K. (2016). Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1-56. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011389.pub2>
- Bolton, R. E., Bokhour, B., Hogan, T., Luger, T., Ruben, M., & Fix, G. (2020). Integrating Personalized Care Planning into Primary Care: a Multiple-Case Study of Early Adopting Patient-Centered Medical Homes. *J Gen Intern Med*, 428-436. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05418-4>
- Bossi, P., De Luca, R., Ciani, O., D'Angelo, E., & Caccialanza, R. (2022). Malnutrition management in oncology: An expert view on controversial issues and future perspectives. *Frontiers in oncology*, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.910770>
- Breda, L. F., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *De Enfermagem Referência*, 1-7. <https://doi.org/doi.org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/10.12707/RV20088>
- Brederecke, J., Heise, A., & Zimmermann, T. (2021). Body image in patients with different types of cancer. *PloS one*, 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260602>
- Brewer, B. B., & Watson, J. (2015). Evaluation of Authentic Human Caring. *J Nurs Adm.*, 622-627. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000275>.
- Brewer, B. B., Anderson, J., & Watson, J. (2020). Evaluating Changes in Caring Behaviors of Caritas Coaches Pre and Post the Caritas Coach Education. *Program. J Nurs Adm*, 85-89. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000846>

- Brierley, J., Gospodarowicz, M., & Wittekind, C. (Edits.). (2017). *TNM Classification of Malignant Tumours* (Vol. 8). Nueva Jersey: UICC Internacional Union Againsts Cancer.
- Broadhurst, D., Moureau, N., & Ullman, A. (2017). Skin Impairment Management Advisory Panel. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*, 211-220. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000322>
- Buchtova, T., Lukac, D., Skrott, Z., Chroma, K., Bartek, J., & Mistrik, M. (2023). Drug–Drug Interactions of Cannabidiol with Standard-of-Care Chemotherapeutics. *International Journal of Molecular Sciences*, 1-26. <https://doi.org/10.3390/ijms24032885>
- Burke, H. M., Ridgeway, K., Murray, K., Mickler, A., Thomas, R., & William, K. (2021). Reproductive empowerment and contraceptive self-care: a systematic review. *Sexual and reproductive health matters*, 1-50. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2090057>
- Büttner-Teleagă, A., Kim, Y.-T., Osel, T., & Richter, K. (2021). Sleep Disorders in Cancer-A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 1-39. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111696>
- Caja Costarricense de Seguro Social . (2016). *Manual Técnico del Programa Institucional de Estándares de Salud en Enfermería, dirigido a los tres Niveles de Atención*. Dirección Desarrollo de Servicios de Salud Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento Coordinación Nacional de Enfermería.
- Cao, Z., Zhu, C., Zhou, Y., Wang, Y., & Chen, M. (2021). Risk factors related balance disorder for patients with dizziness/vertigo. *BMC neurology*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02188-7>
- Caruso, S., Giudicissi, R., Mariatti, M., Cantafio, S., Paroli, G., & Scatizzi, M. (2022). Laparoscopic vs. Open Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: A Propensity Score-Matched Retrospective Case-Control Study. *Curr Oncol*, 1840-1865. <https://doi.org/10.3390/curroncol29030151>

- Carvalho Pereira Melo, R. C., Pina Queirós, P., Hiromi Tanaka, L., Lúcio Henriques, L., & Leiria Neves, H. (2020). Nursing Students' Relational Skills with Elders Improve through Humanitude Care Methodology. *Int J Environ Res Public Health*, 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228588>
- CCSS, C. C. (2014). Manual de Procedimientos de Enfermería. (1-492). <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Çelik, F., & Bektaş, H. (2021). Preventive and Treatment Interventions for Abdominal Ascites of Patients with Liver Cirrhosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Florence Nightingale journal of nursing*, 250–262. <https://doi.org/10.5152/FNJN.2021.19171>
- Chan, E. A., Tsang, P., Yin Ching, S., Wong, F., & Lam, W. (2019). Nurses' perspectives on their communication with patients in busy oncology wards: A qualitative study. *PLOS ONE*, 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224178>
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., Marcou, Y., Kitsios, P., & Paikouisis, L. (2016). Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PloS one*, 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156911>
- Choi, J., Lee, J., Kim, K., Choi, H.-K., Lee, S.-A., Lee, H.-J., & Casas, R. (2022). Effects of Ginger Intake on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Nutrients*, 1-17. <https://doi.org/10.3390/nu14234982>
- Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO). (2022). Infection prevention requirements for the medical care of immunosuppressed patients: recommendations of the Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO) at the Robert Koch Institute. *GMS hygiene and infection control*, 1-26. <https://doi.org/10.3205/dgkh000410>
- Consejo Universitario. Universidad de Costa Rica. (2020). REGLAMENTO GENERAL DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN EN GRADO. 1-12. https://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf

- Constitución Política de la República de Costa Rica. (17 de Mayo de 2021). *Sistema Costarricense de Informacion Juridica* .
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=58024
- Cortés-Martín, J., Díaz-Rodríguez, L., Piqueras-Sola , B., Sánchez-García , J., Menor-Rodríguez, M., & Rodríguez-Blanco, R. (2022). Nursing Care Plan for Patients with Hajdu–Cheney Syndrome. *Int J Environ Res Salud Pública*, 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127489>
- Cortinhal, V., Pereira, A., Correia, S., & Deodato, S. (2022). Responses Presented by Adult Patients with COVID-19, Based on the Formulated Nursing Diagnoses: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106332>
- Cowling, J., Gorman , B., Riaz , A., Bundred , J., Kamarajah, S., Evans , R., . . . Griffiths, E. (2021). Perioperative Outcomes and Survival Following Palliative Gastrectomy for Gastric Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of gastrointestinal cancer*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s12029-020-00519-4>
- Cui, X., Shan , T., & Qiao, L. (2022). Effect of Self-Transcendence Theory Combined with Comprehensive Nursing Intervention under Tumor Nutrition Education on Symptom Improvement, Nutritional Status, and Positive Psychology of Elderly Patients with Gastric Cancer. . *Contrast media & molecular imaging*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2022/6084732>
- Dadkhah, B., Anisi , E., Mozaffari , N., Amani , F., & Pourghasemian , M. (2019). Effect of Music Therapy with Periorbital Massage on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting In Gastrointestinal Cancer: A Randomized Controlled Trail. . *Journal of caring sciences*, 165-171. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.024>
- Dalhammar, K., Kristensson, J., Falkenback, D., Rasmussen, B., & Malmström, M. (2022). Symptoms, problems and quality of life in patients newly diagnosed with oesophageal and gastric cancer - a comparative study of treatment strategy. *BMC Cancer*, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09536-x>

- Dalhammar, K., Malmström, M., Sandberg, M., Falkenback, D., & Kristensson, J. (2021). Health care utilization among patients with oesophageal and gastric cancer: the impact of initial treatment strategy and assignment of a contact nurse. *BMC Health Serv Res*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07042-7>
- Das, M., & Webster, N. (2022). Obesity, cancer risk, and time-restricted eating. *Cancer metastasis reviews*, 697–717. <https://doi.org/10.1007/s10555-022-10061-3>
- Dávila Meneses, A., Quintanilla Retana, F., Castillo Araya, K., Sanchez Ortíz, L., Barquero Uriarte, T., & Romero Zúñiga, J. (2018). Caracterización clínica y epidemiológica de la población tamizada en el centro de detección temprana de cáncer gástrico, costa rica: período 1996-2015. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 68-81. [efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v27n2/1409-1429-rcsp-27-02-68.pdf](https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v27n2/1409-1429-rcsp-27-02-68.pdf)
- De Arco-Canoles, O., & Suarez-Calle, Z. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 171-182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- De Sutter, E., Zaçe, D., Boccia, S., Di Pietro, M., Geerts, D., Borry, P., & Huys, I. (2020). Implementation of Electronic Informed Consent in Biomedical Research and Stakeholders' Perspectives: Systematic Review. *J Med Internet Res*. <https://doi.org/10.2196/19129>
- de Wolf-Linder, S., Reisinger, M., Gohles, E., Wolverson, E., Schubert, M., & Murtagh, F. (2022). Are nurse`s needs assessment methods robust enough to recognise palliative care needs in people with dementia? *BMC Nurs.*, 1-28. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00947-6>
- Desai, K., Bao, T., Li, Q., Raghunathan, N., Trevino, K., Green, A., . . . Mao, J. (2021). Understanding interest, barriers, and preferences related to yoga practice among cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 5313–5321. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06083-2>

- Di Giacomo, D., De Liso, J., & Ranieri, J. (2018). 'Self body-management and thinness in youth: survey study on Italian girls'. *Health and quality of life outcomes*, 1-7. [https://doi.org/ 10.1186/s12955-018-0937-4](https://doi.org/10.1186/s12955-018-0937-4)
- Dos Santos Felix, M. M., Guimarães Ferreira, M., Felix de Oliveira, L., Barichello, E., da Silva Pires, P., & Barbosa, M. (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 1-10. [https://doi.org/ 10.1590/1518-8345.2850.3101](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101)
- Duah, A., & Nkrumah, K. (2019). Spontaneous bacterial peritonitis among adult patients with ascites attending Korle-Bu Teaching Hospital. *Ghana medical journal*, 37–43. <https://doi.org/10.4314/gmj.v53i1.6>
- Duan, F., Song, C., Shi, J., Wang, P., Ye, H., Dai, L., . . . Wang, K. (2021). Identification and epidemiological evaluation of gastric cancer risk factors: based on a field synopsis and meta-analysis in Chinese population. *Aging*, 21451-21469. [https://doi.org/ 10.18632/aging.203484](https://doi.org/10.18632/aging.203484)
- Ebrahimabadi, M., Rafiei, F., & Nejat, N. (2021). Can tele-nursing affect the supportive care needs of patients with cancer undergoing chemotherapy? A randomized controlled trial follow-up study. *Support Care Cancer*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06056-5>.
- Fabrellas, N., Carol, M., Palacio, E., Aban, M., Lanzillotti, T., Nicolao, G., . . . Dols, L. (2020). Nursing Care of Patients With Cirrhosis: The LiverHope Nursing Project. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 1106-1116. <https://doi.org/10.1002/hep.31117>
- Ferreira, M. N., Ramseier, J., & Leve, J. (2019). Dermatologic conditions in women receiving systemic cancer therapy. *International journal of women's dermatology*, 285–307. [https://doi.org/ 10.1016/j.ijwd.2019.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2019.10.003)
- Fletcher, S., Kulnik, S., Demain, S., & Jones, F. (2019). The problem with self-management: Problematising self-management and power using a Foucauldian lens in the context of stroke care and rehabilitation. *PloS one*, 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218517>

- Folsom, S., Christie, A., Cohen, L., & Lopez, G. (2021). Implementing Telehealth Music Therapy Services in an Integrative Oncology Setting: A Case Series. *Integr Cancer Ther.*, 1-7. <https://doi.org/10.1177/15347354211053647>
- Fornaro, L., Spallanzani, A., de Vita, F., Domen, D., Falcone, A., Lorenzon, L., . . . Cascinu, S. (2021). Beyond the Guidelines: The Grey Zones of the Management of Gastric Cancer. Consensus Statements from the Gastric Cancer Italian Network (GAIN). (*GAstric Cancer Italian Network*), 1-102. <https://doi.org/10.3390/cancers13061304>
- Forsetlund, L., O'Brien, M., Forsén, L., Mwai, L., Reinart, L., Okwen, M., . . . Rose, C. (2021). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1-465. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub3>
- Fraile-Martinez, O., Alvarez-Mon, M., Garcia-Montero, C., Pekarek, L., Guijarro, L., Lahera, G., . . . Ortega, M. (2022). Understanding the basis of major depressive disorder in oncological patients: Biological links, clinical management, challenges, and lifestyle medicine. *Frontiers Oncology*, 1-16. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.956923>
- Galateanu, B., Pușcașu, A., Tirc, S., Tanase, B., Hudita, A., Burcea-Dragomiroiu, G.-T.-A., . . . Ginghină, O. (2023). Allergy in Cancer Care: Antineoplastic Therapy-Induced Hypersensitivity Reactions. *International journal of molecular sciences*, 1-28. <https://doi.org/10.3390/ijms24043886>
- Gandolfi, M. G., Zamparini, F., Spinelli, A., & Prati, C. (2023). Āsana for Neck, Shoulders, and Wrists to Prevent Musculoskeletal Disorders among Dental Professionals: In-Office Yōga Protocol. *Journal of functional morphology and kinesiology*, 1-26. <https://doi.org/10.3390/jfkm8010026>
- García-García, D. (2022). Health Promotion and Hydration: A Systematic Review About Hydration Care. *Florence Nightingale journal of nursing*, 310-321. <https://doi.org/10.5152/FNJNI.2022.21313>

- García-Ruedaa, N., Errasti-Ibarrondoa, B., & Arantzamendi Solabarrietaa, M. (2016). La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis. *Elsevier*, 141-152. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2014.01.003>
- García-Sánchez, J., Mafla-España, M., Torregrosa, M., & Cauli, O. (2022). Androstenedione and Follicle-Stimulating Hormone Concentration Predict the Progression of Frailty Syndrome at One Year Follow-Up in Patients with Localized Breast Cancer Treated with Aromatase Inhibitors. *Biomedicines*, 1-15. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10071634>
- Garrett, S. B., Abramson, C., Rendle, K., & Dohan, D. (2019). Approaches to decision-making among late-stage melanoma patients: a multifactorial investigation. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 1059–1070. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4395-7>
- Gazari, T., Apiribu, F., Adongo Afaya, R., Gideon Awenabisa, A., Millicent Dzomeku, V., Boamah Mensah, A. B., . . . Wekem Kukeba, M. (2021). Qualitative exploration of the challenges and the benefits of the nursing process in clinical practice: A study among registered nurses in a municipal hospital in Ghana. *Nurs Open*, 3281-3291. <https://doi.org/10.1002/nop2.1043>
- Gibson, C., O'Connor, M., White, R., Jackson, M., Baxi, S., & Halkett, G. (2021). 'I Didn't Even Recognise Myself': Survivors' Experiences of Altered Appearance and Body Image Distress during and after Treatment for Head and Neck Cancer. *Cancers*, 1-14. <https://doi.org/10.3390/cancers13153893>
- Gillis, C., Gill, M., Marlett, N., MacKean, G., Germann, K., Gilmour, L., . . . Gramlich, L. (2017). Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ Open*, 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017002>
- Gillman, A. S., & Ferrer, R. (2021). Opportunities for theory-informed decision science in cancer control. *Translational behavioral medicine*, 2055–2064. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab141>
- Globocan. (2020). *Cancer Today*. International Agency For Research on Cancer: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/188-costa-rica-fact-sheets.pdf>

- GLOBOCAN, Global Cancer Observatory. (2020). *Cancer Today*. <https://gco.iarc.fr/>
- Gordon, M. (2003). *Manual de Diagnostico de enfermeros* (Vol. decima). Elsevier.
- Granados Fernández, M., & Sánchez Granados, L. (2022). *Experiencia del cuidado de enfermería durante el post operatorio de las usuarias del servicio de ginecología de un hospital privado de Costa Rica, para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica*. Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica .
- Greene, F. L., Edge, S., Schilsky,, R., Gaspar,, L., Washington, M., Sullivan, D., . . . Amin, M. (2018). *Ajcc Cancer Staging Manual* (Vol. 8th ed). Springer.
- Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 4623–4640. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05931-x>
- Haber, L., Allen, A., & Rune, K. (2023). Sexual quality of life following a cancer diagnosis: a qualitative study. . *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 1-25. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07459-8>
- Hadadian-Chaghaei, F., Haghani, F., Taleghani, F., Feizi, A., & Alimohammadi, N. (2022). Nurses as Gifted Artists in Caring: An Analysis of Nursing Care Concept. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 125-133. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_465_20
- Haddad, L. B., Townsend, J., & Sitruk-Ware , R. (2022). Contraceptive Technologies: Looking Ahead to New Approaches to Increase Options for Family Planning. *Clinical obstetrics and gynecology*, 435–448. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000628>
- Han, A., & Kim, H. (2022). The Effects of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy on Process Measures: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*. <https://doi.org/10.2196/39182>

- Han, T.-C., Huey-Shyan, L., & Chen, C.-M. (2022). Association between Chronic Disease Self-Management, Health Status, and Quality of Life in Older Taiwanese Adults with Chronic Illnesses. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 1-14. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040609>
- Hao , X., Anastácio, A., Liu , K., & Rodríguez-Wallberg, K. (2019). Ovarian Follicle Depletion Induced by Chemotherapy and the Investigational Stages of Potential Fertility-Protective Treatments-A Review. . *International journal of molecular sciences*, 1-27. <https://doi.org/10.3390/ijms20194720>
- Hao, R., Zhang, M., Zuo , J., Qi, Y., & Hu, J. (2023). Contribution of coping style to the association between illness uncertainty and demoralisation in patients with breast cancer: a cross-sectional mediation analysis. *BMJ open*, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065796>
- Harris, M. L., Feyissa , T., Bowden, N., Gemzell-Danielsson, K., & Loxton , D. (2022). Contraceptive use and contraceptive counselling interventions for women of reproductive age with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02690-w>
- Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Self-care Concept Analysis in Cancer Patients: An Evolutionary Concept Analysis. *Indian journal of palliative care*, 388–394. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.191753>
- HeeSeo, Y., & Eom, M. (2021). The Effect of Simulation Nursing Education Using the Outcome-Present State-Test Model on Clinical Reasoning, the Problem-Solving Process, Self-Efficacy, and Clinical Competency in Korean Nursing Students. *Healthcare (Basel)*, 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030243>
- Hémono, R., Packel , L., Gatare, E., Baringer, L., Nicole , I., I. McCoy , S., & Hope , R. (2022). Digital self-care for improved access to family planning and reproductive health services among adolescents in Rwanda: preliminary findings from a pilot study of CyberRwanda. *Sexual and reproductive health matters*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2110671>

- Hernández, L. (2016). La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *Enfermería Universitaria*, 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.002>
- Ijaz, N., Buta , B., Xue, Q.-L., Mohess , D., Bushan, A., Tran, H., . . . Damluji, A. (2022). Interventions for Frailty Among Older Adults With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 482–503. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.11.029>
- Ikeda, M., Tamai , N., Kanai , H., Osaka , M., Kondo , K., Yamazaki, T., . . . Kamibeppu , K. (2020). Effects of the appearance care program for breast cancer patients receiving chemotherapy: A mixed method study. *Cancer reports (Hoboken, N.J.)*, 1-20. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1242>
- Ilic, M., & Ilic, I. (2022). Epidemiology of stomach cancer. *World J Gastroenterol*, 1187-1203. <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i12.1187>
- Instituto Nacional Center NCI. (21 de 11 de 2022). *Instituto Nacional Center*. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago>
- Ismail, N. H., Nik Jaafar, N., Wooni , L.-C., Ali, M., Dahlan , R., & Putri Baharud, A. (2023). Psychometric properties of the Malay-version beck anxiety inventory among adolescent students in Malaysia. *Frontiers in psychiatry*, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.989079>
- Japanese Gastric Cancer Association. (2021). Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10120-020-01042-y>
- Jeon, M., Youn, N., & Kim, S. (2022). What are the late effects of older gastric cancer survivors? A scoping review. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 1-1'. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100113>
- Jiménez-Rodríguez, D., Pérez-Heredia, M., Molero Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., & Arrogante, O. (2022). Improving Humanization Skills through Simulation-Based Computers Using Simulated Nursing Video Consultations. *Healthcare*, 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010037>

- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Maas M, & Swanson E. (2012). *Vinculos de NOC Y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos* (Vol. tercera). ELSEVIER. https://maludice7.com/wp-content/uploads/2019/05/Vinculos.de_.NOC_.y.NIC_.a.NANDA_.I.pdf
- Joshi, A. M., Mehta , S., Pande, N., Mehta, A., & Randhe, K. (2021). Effect of Mindfulness-Based Art Therapy (MBAT) on Psychological Distress and Spiritual Wellbeing in Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Indian journal of palliative care*, 552–560. https://doi.org/10.25259/IJPC_133_21
- Jull, J., Köpke, S., smith , m., Carley , M., Finder, J., Rahn , A., . . . Stacey, D. (2021). Decision coaching for people making healthcare decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1-136. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013385.pub2>
- Kabir, R. S., Haramaki, Y., Ki, H., & Ohno , H. (2018). Self-Active Relaxation Therapy (SART) and Self-Regulation: A Comprehensive Review and Comparison of the Japanese Body Movement Approach. . *Frontiers in human neuroscience*, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00021>
- kamei, t. (2022). Telenursing and artificial intelligence for oncology nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100119>
- Karakoç-Kumsar, A., Polat, Ş., & Afşar-Doğrusöz, L. (2020). Determining Attitudes of Nurses Toward Evidence-Based Nursing in a University Hospital Sample. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 268-275. <https://doi.org/10.5152/FNJNI.2020.19022>
- Karnul, A. M., & Murthy, C. (2022). A Study of Variations of the Stomach in Adults and Growth of the Fetal Stomach. *Cureus.*, 1-16. <https://doi.org/10.7759/cureus.28517>
- Keumala Sari , D., Dewi, R., & Daulay , W. (2019). Association Between Family Support, Coping Strategies and Anxiety in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP.*, 3015–3019. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.10.3015>

- Khatiban, M., Tohidi, S., & Shahdoust, M. (2019). The effects of applying an assessment form based on the health functional patterns on nursing student's attitude and skills in developing the nursing process. *ELSEVIER*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.004>
- Khiyali, Z., Naderi, Z., Vakil, M., Ghasemi, H., Dehghan, A., & Bijani, M. (2023). A study of COVID anxiety, spiritual well-being and resilience levels in patients with cancer undergoing chemotherapy during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in the south of Iran. *BMC psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01126-1>
- Kitdumronghum, S., & Trachootham, D. (2023). An Individuality of Response to Cannabinoids: Challenges in Safety and Efficacy of Cannabis. *Products. Molecules (Basel, Switzerland)*, 1-25. <https://doi.org/10.3390/molecules28062791>
- Knights, N., Stone, N., Nadarzynski, T., Brown, K., Newby, K., & Graham, C. (2021). Feasibility study of the Home-based Exercises for Responsible Sex (HERS) intervention to promote correct and consistent condom use among young women. *Pilot and feasibility studies*, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00885-1>
- Knowles, K., & Olatunji, B. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical psychology review*, 1-49. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101928>
- Komariah, M., Maulana, S., Platini, H., & Pahria, T. (2021). Scoping Review of Telenursing's Potential as a Nursing Care Delivery Model in Lung Cancer During the COVID-19 Pandemic. *J Multidiscip Healthc.*, 3083-3093. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S337732>
- Koshy, B., Avudaiappan, S., & Anand, A. (2023). Self-Care Behaviour of Patients With Breast Cancer in the Management of Side Effects of Chemotherapy. *Cureus*, 1-11. <https://doi.org/10.7759/cureus.44586>
- Kubeček, O., Paterová, P., & Novosadová, M. (2021). Risk Factors for Infections, Antibiotic Therapy, and Its Impact on Cancer Therapy Outcomes for Patients with Solid Tumors. *Life (Basel, Switzerland)*, 1-26. <https://doi.org/10.3390/life11121387>

- Kuiper, R., O'donnell, S. M., Pesut, D. J., & Turrise, S. L. (2017). *The Essentials of Clinical Reasoning for Nurses: Using the Outcome-Present State-Test Model for Reflective Practice*. Beaverton: Ringgold Inc. <https://doi.org/1915368624/se-2?accountid=28692>
- Kumar Sah, B., Zhang, B., Zhang, H., Li, J., Yuan, F., Ma, T., . . . Zhu, Z. (2020). Neoadjuvant FLOT versus SOX phase II randomized clinical trial for patients with locally advanced gastric cancer. *Nat Commun.*, 1-27. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19965-6>
- Kwon, S., Kim, J., Kim, T., Jeong, W., & Park, E.-C. (2022). Association between gastric cancer and the risk of depression among South Korean adults. *BMC Psychiatry*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03847-w>
- Lai, L., Ding, S., Zhong, Z., Mao, P., Sun, N., & Zheng, F. (2022). Association Between Positive Mental Character and Humanistic Care Ability in Chinese Nursing Students in Changsha, China. *Front Psychol*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.896415>
- Lang, T., Jaboury, S., West, A., O'Sullivan, J., Seletto, K., Wilson, L., . . . Richardson, G. (2022). Is There a Relationship Between Frequency of Port-Care Maintenance and Related Complications in Patients With Cancer? *JCO oncology practice*, 1438–1446. <https://doi.org/10.1200/OP.22.00060>
- Lei, Z.-N., Teng, Q.-X., Tian, Q., Chen, W., Xie, Y., Wu, K., . . . He, Y. (2022). Signaling pathways and therapeutic interventions in gastric cancer. *Signal Transduct Target Ther.*, 1-38. <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01190-w>
- Li, J., Liu, L., Chen, M., Su, W., Yao, T., & Li, X. (2023). Effect of intimacy and dyadic coping on psychological distress in pancreatic cancer patients and spousal caregivers. *Frontiers in psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1040460>
- Li, Y., Guo, J., Zhang, Y., & Kong, J. (2022). Complications from port-a-cath system implantation in adults with malignant tumors: A 10-year single-center retrospective study. *Journal of interventional medicine*, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jimed.2021.12.002>

- Li, Y., Guo, J., Zhang, Y., & Kong, J. (2021). Complications from port-a-cath system implantation in adults with malignant tumors: A 10-year single-center retrospective study. *Journal of interventional medicine*, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jimed.2021.12.002>
- Lim, H.-S., Lee, B., Cho, I., & Cho, G. (2020). Nutritional and Clinical Factors Affecting Weight and Fat-Free Mass Loss after Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer. *Nutrients*, 1-13. <https://doi.org/10.3390/nu12071905>
- Liu, F., & Wang, X. (2022). Influence of seamless nursing model of humanistic care on nursing quality and blood infection risk of neurosurgical ICU patients and its correlation with APACHE II score. *Front Public Health*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944605>
- Lorca, L. A., Sacomori, C., & Puga, B. (2016). Propiedades psicométricas del inventario breve de fatiga en personas tratadas por neoplasias hematológicas en Chile. *Revista médica de Chile*, 894-899. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000700010>
- Lutsey, P. L., & Zakai, N. A. (2023). Epidemiology and prevention of venous thromboembolism. *Nature reviews. Cardiology*, 248-262. <https://doi.org/10.1038/s41569-022-00787-6>
- LVCA. (2023). PArticipante.
- Martos Enrique, M., Galiana Camacho, T., & León Latorre, L. (2020). La empatía como herramienta del cuidado enfermero en servicios de oncología pediátrica. *Española de Comunicacion En Salud*, 107–114. <https://doi.org/org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.20318/recs.2020.4917>
- Maurya, C., Muhammad, T., Maurya, P., & Dhillon, P. (2022). The association of smartphone screen time with sleep problems among adolescents and young adults: cross-sectional findings from India. *BMC public health*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14076-x>
- McLennan, A., Kerba, M., Subnis, U., Campbell, T., & Carlson, L. (2020). Health care provider preferences for, and barriers to, cannabis use in cancer care. *Current oncology*, 199-205. <https://doi.org/10.3747/co.27.5615>
- Méndez-Meneses, K. J., Rebolledo García, M., Díaz Chacón, S., Rodríguez Vázquez, L., Acosta Maldonado, B., Mantilla-Maya, B., . . . Rivera-Fong, L. (2019). Validación de la Escala de

- Ansiedad Preoperatoria y de Información Ámsterdam (APAIS) en mujeres latinoamericanas con cáncer de mama: Estudio México - Costa Rica. *Psicooncología*, 73-88.
<https://doi.org/10.5209/PSIC.63648>
- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J., & Fernández-Bedoya, V. (2021). Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Front Public Health.*, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2015). *Estadísticas de Cáncer - Registro Nacional de tumores*.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/2722-situacion-epidemiologica-del-cancer/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). *Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No transmisibles y Obesidad 2022-2030*.
www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/estrategias-en-salud/5699-estrategia-nacional-de-abordaje-integral-de-las-enfermedades-no-transmisibles-y-obesidad-2022-
- Molero Jurado, M. d., Pérez-Fuentes, M., Oropesa Ruiz, N. F., Martos Martínez, Á., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses. *PLoS One*, 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>
- Molins Bustamante, I. (2018). *AFRONTAMIENTO DEL CÁNCER Y ESPIRITUALIDAD*. Madrid.
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22351/TFG%20MOLINS%20BUS TAMANTE,%20ISABEL.pdf?sequence=1>
- Money, A. G., Atwal, A., Boyce, E., Gaber, S., Windeatt, S., & Alexandrou, K. (2019). Falls Sensei: a serious 3D exploration game to enable the detection of extrinsic home fall hazards for older adults. *BMC medical informatics and decision making*, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0808-x>

- Moradi Moghaddam, O., Niakan Lahiji , M., Yazdan Panah , L., Talebi-Taher, M., Rajabi , A., & Farnaz Mirhosseini, S. (2022). Relationship between Mini Nutritional Assessment Score and Infection in Critical Care Patients. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 1-6. <https://doi.org/10.47176/mjiri.36.91>
- Muswede, N. J., Tshivhase, L., & Mavhandu-Mudzusi, A. (2021). Condom use education, promotion and reasons for condom use: Perspectives of healthcare providers and young adults in Vhembe district, Limpopo province. *South African family practice : official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 1-8. <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5326>
- Muszyński, T., Polak, K., Frątczak, A., Miziołek , B., Bergler-Czop, B., & Szczepanik, A. (2022). Vitamin D-The Nutritional Status of Post-Gastrectomy Gastric Cancer Patients-Systematic Review. *Nutrients*, 1-17. <https://doi.org/10.3390/nu14132712>
- MVG. (2023).
- NANDA. (2021). *DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA. Definiciones y clasificación 2021-2023* (Duodécima edición ed.). Thieme MedOne. <https://doi.org/10.1055/b000000515>
- Navarrete-Correa, T., Fonseca-Salamanca, F., & Barría, R. (2021). Humanized Care from the Perception of Oncology Patients from Southern Chile. *Invest Educ Enferm.*, 1-13. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04>
- Neefjes, E. C., van den Hurk , R., Blauwoff-Busker, S., van der Vorst , M., Becker, A., Buffart , L., & Verheul, H. (2017). Muscle mass as a target to reduce fatigue in patients with advanced cancer. . *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 623-629. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12199>
- Nelson, D., McGonagle , I., Jackson , C., Gussy , M., & Kane, R. (2022). A rural-urban comparison of self-management in people living with cancer following primary treatment: A mixed methods study. *Psycho-oncology*, 1660–1670. <https://doi.org/10.1002/pon.6011>
- Nelson, J., & Watson, J. (2012). *Measuring Caring International Research on Caritas as Healing*. New York, NY 10036: Springer Publishing Company, LLC.

- Ning, F.-L., Gu, W.-J., Zhao, Z.-M., Du, W.-Y., Sun, M., Cao, S.-Y., . . . Zhang, C.-D. (2023). Association between hospital surgical case volume and postoperative mortality in patients undergoing gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery (London, England)*, 936–945. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000269>
- NNNconsult. (2022). *sibdi*. <https://www-nnnconsult-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/alumno>
- Ohene Oti, N. O., Villiers, M., Adejumo, P., Okumu, R., Maliti, B., Elkateb, N., & Hammad, N. (2021). Strengthening of oncology nursing education and training in Africa in the year of the nurse and midwife: addressing the challenges to improve cancer control in Africa. *Ecancermedicalscience*, 1-15. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1209>
- Okamura, M., Fujimori, M., Sato, A., & Uchitomi, Y. (2021). Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07721-4>
- Omari, M., Zarrouq, B., Amaadour, L., Benbrahim, Z., El Asri, A., Mellas, N., . . . Halim, K. (2022). Psychological Distress, Coping Strategies, and Quality of Life in Breast Cancer Patients Under Neoadjuvant Therapy: Protocol of a Systematic Review. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*, 1-13. <https://doi.org/10.1177/10732748221074735>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (05 de Octubre de 2022). OMS. www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
- Othman, E. H., Alost, M., Alshraideh, J., & Al Muhaisen, S. (2021). Nursing diagnoses among oncology patients in medical units: a retrospective study of patients' records. *Ecancermedicalscience*, 1-9. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1315>
- Park, K. B., Park, J., Lee, S., Kwon, O., Chung, H., & Yu, W. (2018). Impact of Body Mass Index on the Quality of Life after Total Gastrectomy for Gastric Cancer. *Cancer research and treatment*, 852–860. <https://doi.org/10.4143/crt.2017.080>

- Pereira, C. F., Cheung, K., Alie, E., Wong, J., Esplen, M., & Leung, Y. (2021). Pathways to Acceptance in Participants of Advanced Cancer Online Support Groups. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 1-19. <https://doi.org/10.3390/medicina57111168>
- Pereira, C. F., Cheung, K., Alie, E., Wong, J., Esplen, M., & Leung, Y. (2021). Pathways to Acceptance in Participants of Advanced Cancer Online Support Groups. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 1-19. <https://doi.org/10.3390/medicina57111168>
- Pichardo Meza, M., & Zúñiga Rodríguez, M. (2012). Atención de enfermería brindada a jóvenes en dos centros de salud comparado con la teoría del cuidado humano. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 1-21. <https://doi.org/10.15517/REVENF.V0I23.2963>
- Pinheiro, R. N., Mucci, S., Morato Zanatto, R., Picanço Junior, O., Granado Bottino, A., Pereira Fontoura, R., & Lopes Filho, G. (2019). Quality of life as a fundamental outcome after curative intent gastrectomy for adenocarcinoma: lessons learned from patients. *J Gastrointest Oncol*, 989-998. <https://doi.org/10.21037/jgo.2019.06.05>
- Poder ejecutivo. (2014). *Manual de Normas para el Tratamiento de Cáncer en Costa Rica*. Imprenta Nacional.
- Portella Ribeiro, J., Silveira Cardoso, L., Silva Pereira, C., Tarouco Silva, B., Kohler Bubolz, B., & Krüger Castro, C. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades. *REVISTA ONLINE DE PESQUISA*, 5135-5142. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5136-5142>
- Prasanna Venkatesh, L., & Vandhana, S. (2022). Insights on Surya namaskar from its origin to application towards health. *Journal of Ayurveda and integrative medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2021.10.002>
- Pratt, B., Wild, V., Barasa, E., Kamuya, D., Gilson, L., Hendl, T., & Molyneux, S. (2020). Justice: a key consideration in health policy and systems research ethics. *BMJ Glob Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001942>

- Prevost, V., Tran , T., Clarisse , B., Leconte, A., Duchange , N., Moutel , G., & Gouriot, M. (2023). Shared Meditation Involving Cancer Patients, Health Professionals and Third Persons: Perceptions of Participants Through a Focus Group Study. *Integrative cancer therapies*, 1-9. [https://doi.org/ 10.1177/15347354231186995](https://doi.org/10.1177/15347354231186995)
- Qing Guo, Z., Mi Yu , J., Li , W., Ming Fu , Z., Lin , Y., Ying Shi, Y., . . . Ping Shi, H. (2020). Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Springer*, 373-379. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04803-3>
- Rajan Samuel, S., Gururaj , R., Kumar , V., Vira , P., Saxena, P., & Justin William Leslie Keogh, J. (2021). Randomized control trial evidence for the benefits of massage and relaxation therapy on sleep in cancer survivors-a systematic review. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 799-810. [https://doi.org/ 10.1007/s11764-020-00972-x](https://doi.org/10.1007/s11764-020-00972-x)
- Rakhshani, T., Najafi, S., Javady , F., Taghian dasht bozorg, A., Mohammadkhah , F., & Jeihooni, A. (2022). The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial. *BMC cancer*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09881-x>
- Reina G, N. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*, 18-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
- Ribi, K., Kalbermatten, N., Eicher , M., & Strasser, F. (2022). Towards a novel approach guiding the decision-making process for anticancer treatment in patients with advanced cancer: framework for systemic anticancer treatment with palliative intent. *ESMO open*, 1-13. [https://doi.org/ 10.1016/j.esmoop.2022.100496](https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100496)
- Richard, A., Harbeck , N., Wuerstlein, R., & Wilhelm, F. (2019). Recover your smile: Effects of a beauty care intervention on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in patients with early breast cancer. *Psycho-oncology*, 401–407. [https://doi.org/ 10.1002/pon.4957](https://doi.org/10.1002/pon.4957)

- Ricossa, K. A. (2021). *Awakening nurse managers' spirit of self-care within*. ProQuest Central. search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/dissertations-theses/awakening-nurse-managers-spirit-self-care-within/docview/2641534940/se-2
- Rizzo Parse, R., Barrett, E., Bourgeois, M., Dee, V., Egan, E., Germain, C., . . . Wolf, G. (2000). Nursing Theory–Guided Practice:. *Nursing Science Quarterly*, 1.
<https://doi.org/10.1177/08943180022107474>
- Robins Sadler, G., Lee, H.-C., Seung-Hwan Lim, R., & Fullerton, J. (2010). Recruiting hard-to-reach United States population sub-groups via adaptations of snowball sampling strategy. *NIH Public Access*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00541.x>.
- Rodgers, R. F., Laveway , K., Campos , P., & Berbert de Carvalho, P. (2023). Body image as a global mental health concern. *Global mental health*, 1-8. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.2>
- Rodríguez - Artavia, A. (2011). Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *ENFERMERÍA EN COSTA RICA*, 37-42.
<https://hdl.handle.net/10669/28898>
- Rodríguez Montero, F. (2014). CANCER GAsTRICO: DIAGNOStICO Y MANEjO. *REVIStA MEDICA DE COStA RICA Y CENTROAMERICA LXXI*, 339-342.
www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/610/art33.pdf
- Rodriguez Ortega, A. (2021). *PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA NEONATAL PARA REPLANTEAR EL CONCEPTO DEL NEONATO Y NEONATA COMO PERSONA EN LOS Y LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS*. <https://doi.org/hrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/84471/TFG%20Enfer.%20Pediatria%20Neo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romera-Liébaná, L., Orfila , F., Segura , J., Real, J., Fabra , M., Möller, M., . . . Foz, G. (2018). Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: A Randomized Controlled Trial A Randomized Controlled Trial. . *The*

- journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*, 1688–1674.
<https://doi.org/10.1093/gerona/glx259>
- Rowell, A., Sodergren, S., Vassiliou, V., Darlington, A.-S., Guren, M., Alkhaffaf, B., . . . Terada, M. (2022). Systematic review of health-related quality of life (HRQoL) issues associated with gastric cancer: capturing cross-cultural differences. *Gastric Cancer.*, 665-677.
<https://doi.org/10.1007/s10120-022-01309-6>
- Rus, M., & Groselj, U. (2021). Ethics of Vaccination in Childhood-A Framework Based on the Four Principles of Biomedical Ethics. *Vaccines (Basel).*, 1-16. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020113>
- Sánchez León, R. M., Rajaraman, A., & Kubwimana, M. (2023). Optimizing Nutritional Status of Patients Prior to Major Surgical Intervention. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 85-96.
<https://doi.org/10.14797/mdcvj.1248>
- Sanchez-Mendoza, V., Soriano-Ayala, E., & Vallejo-Medina, P. (2020). Psychometric Properties of the Condom Use Self-Efficacy Scale among Young Colombians. *International journal of environmental research and public health*, 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113762>
- Schulman-Green, D., Brody , A., Gilbertson-White , S., Whittemore, R., & McCorkle, R. (2018). Supporting self-management in palliative care throughout the cancer care trajectory. *Current opinion in supportive and palliative care*, 299–307. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000373>
- Ścisło, L., Bodys-Cupak , I., Walewska, E., & Kózka, M. (2022). Nutritional Status Indicators as Predictors of Postoperative Complications in the Elderly with Gastrointestinal Cancer. *International journal of environmental research and public health*, 1-14.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192013453>
- Ścisło, L., Bodys-Cupak , I., Walewska, E., & Kózka, M. (2022). Nutritional Status Indicators as Predictors of Postoperative Complications in the Elderly with Gastrointestinal Cancer.

- International journal of environmental research and public health*, 1-14.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192013453>
- Sebri, V., Savioni, L., Triberti, S., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2019). How to Train Your Health: Sports as a Resource to Improve Cognitive Abilities in Cancer Patients. *Front. Psychol*, 1-10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02096>
- Sexton, R. E., Al Hallak, M. N., Diab, M., & Azmi, A. (2020). Gastric Cancer: A Comprehensive Review of Current and Future Treatment Strategies. *Manuscriptos del autor del HHS*, 1-40.
<https://doi.org/10.1007/s10555-020-09925-3>.
- Shohani, M., Mozafari, M., Khorshidi, A., & Lotfi, S. (2018). Comparing the effects of face-to-face and telenursing education on the quality of family caregivers caring in patients with cancer. *J Family Med Prim Care.*, 1209-1215. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_317_18
- Slagter, A., Sikorska, K., Grootsholten, C., van Laarhoven, H., Lind, P., Nordmark, M., . . . Cats, A. (2020). Venous thromboembolism during preoperative chemotherapy in the CRITICS gastric cancer trial. *Cancer medicine*, 6609–6616. <https://doi.org/10.1002/cam4.3118>
- Song, Q., Cai, Y., Guo, K., Li, M., Yu, Z., Tai, Q., . . . Zhan, C. (2022). Risk factors for oxaliplatin-induced hypersensitivity reaction in patients with colorectal cancer. *American journal of translational research*, 2461–2468. <https://doi.org/2461-2468>
- SookBin, S., Cho, M., & Heo, M. (2020). Validity and Reliability of the Korean Version of the Watson Caritas Patient Score. *J Nurs Res.*, 1-7. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000351>
- So-Shan Mak, S. (2019). Oncology Nursing in Hong Kong: Milestones over the Past 20 Years. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 10-17. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_46_18
- Strøm, L., Danielsen, J., Amidi, A., Cardenas Egusquiza, A., Wu, L., & Zachariae, R. (2022). Sleep During Oncological Treatment - A Systematic Review and Meta-Analysis of Associations With Treatment Response, Time to Progression and Survival. *Frontiers in neuroscience*, 1-17.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2022.817837>

- Styk, W., Wojtowicz, E., & Zmorzynski, S. (2023). I Don't Want to Be Thin! Fear of Weight Change Is Not Just a Fear of Obesity: Research on the Body Mass Anxiety Scale. *International journal of environmental research and public health*, 1-21. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042888>
- Szalata, M., Dreger, M., Zielińska, A., Banach, J., Szalata, M., & Wielgus, K. (2022). Simple Extraction of Cannabinoids from Female Inflorescences of Hemp (*Cannabis sativa* L.). *Molecules (Basel, Switzerland)*, 1-18. <https://doi.org/10.3390/molecules27185868>
- Taleghani, F., Farzi, S., Yazdannik, A., & Esfahani, M. S. (2022). The shadow of paternalism on patient-centeredness in oncology nursing care: A barrier of health-care promotion. *J Educ Health Promot.*, 1-7. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_793_21
- Tan, G. n., Tan, P., Shan Hong, J., Kartik, B., & Omar, S. (2021). Rating of four different foods in women with hyperemesis gravidarum: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046528>
- Tan, Y., Chen, Q., Pan, S., An, W., Xu, H., Xing, Y., & Zhang, J. (2022). LMOD1, an oncogene associated with Lauren classification, regulates the metastasis of gastric cancer cells through the FAK-AKT/mTOR pathway. *BMC CANCER*, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09541-0>
- Tawfik, E., Ghallab, E., & Moustafa, A. (2023). A nurse versus a chatbot – the effect of an empowerment program on chemotherapy-related side effects and the self-care behaviors of women living with breast Cancer: a randomized controlled trial. *BMC nursing*, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01243-7>
- Taylor, T. (2016). *Enfermería fácil. fundamentos de enfermería*, (Vol. 2do). Wolter Klower. <https://www-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr>
- Thrift, A. P., & El-Serag, H. B. (2020). Burden of Gastric Cancer. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 534–542. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.07.045>

- Tian, Y., Cao , S. G., Liu , X. D., Li , Z. Q., Liu , G., Zhang , Q. P., . . . Zhou , Y. B. (2020). Short- and long-term outcomes associated with enhanced recovery after surgery protocol vs conventional management in patients undergoing laparoscopic gastrectomy. *World J Gastroenterol.*, 5646-5661. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i37.5646>
- Toledano-Toledano, F., Moral de la Rubia, J., Domínguez-Guedea , M., Nabors, L., Barcelata-Eguiarte , B., Rocha-Pérez , E., . . . Rivera-Rivera, L. (2020). Validity and Reliability of the Beck Anxiety Inventory (BAI) for Family Caregivers of Children with Cancer. *International journal of environmental research and public health*, 1-24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217765>
- Toopchian, A., Kanani, S., Babazadeh, T., Allahverdipour , H., & Nadrián, H. (2017). Development and Psychometric Properties of a Condom Use and Its Cognitive Determinants Questionnaire (CUCDQ). *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 79-85. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.001>
- Truccolo, I., Cipolat Mis, C., Cervo , S., Dal Maso, L., Bongiovanni, M., Bearz, A., . . . De Paoli, P. (2016). Patient-Centered Cancer Care Programs in Italy: Benchmarking Global Patient Education Initiatives. *J Cancer Educ.*, 405-412. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0805-4>
- Tyrrell, M., de Dorota, R., Fossum, B., Hedman, R., Skovdahl, K., & Hillerås, P. (2020). Embarking on a memory assessment voices of older persons living with memory impairment. *Dementia (London, England)*, 717–733. <https://doi.org/10.1177/1471301220910637>
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Wleklík , M., Lisiak , M., & Gobbens, R. (2018). Frailty Syndrome: Nursing Interventions. *SAGE open nursing*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/2377960818759449>
- Uehara de Lima, D., Pessoa Moreira, R., Frota Cavalcante, T., Gasparino, R. C., Dias Emidio, S. C., & de Souza Oliveira-Kumakura, A. R. (2022). Assessment of Neurological Status in Patients with Cerebrovascular Diseases through the Nursing Outcome Classification: A Methodological Study. *Nursing reports*, 152-163. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010016>

- Ulloa Marquin, J., a Cuenca Lozada, Y., & Reyes Polanía, N. (2019). Cuidado humanizado de enfermería al paciente con enfermedad. *Neuronum*, 107-127.
<http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/274/301>
- Vo, J. B., Gillman, A., Mitchell, K., & Nolan, T. (2021). Health Disparities: Impact of Health Disparities and Treatment Decision-Making Biases on Cancer Adverse Effects Among Black Cancer Survivors. *Clinical journal of oncology nursing*, 17–24. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.S1.17-24>
- Wang, F.-H., Shen, L., Li, J., Zhou, Z.-W., Liang, H., Zhang, X.-T., . . . Xu, R.-H. (2019). The Chinese Society of Clinical Oncology (CSCO): clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastric cancer. *Cancer Commun (Lond)*, 1-31. <https://doi.org/10.1186/s40880-019-0349-9>
- Wang, H.-M., Wang, T.-J., Huang, C.-S., Liang, S.-Y., Yu , C.-H., Lin , T.-R., & Wu, K.-F. (2022). Nutritional Status and Related Factors in Patients with Gastric Cancer after Gastrectomy: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 1-12. <https://doi.org/10.3390/nu14132634>
- Wang, J., Hu , H., Sun , J., Zhang, Q., Chen , Z., Wang, Q., . . . Zhang, X. (2023). The effectiveness of health education based on the 5Ts for teach-back on oral nutritional supplements compliance of post-discharge patients after surgery for gastric cancer: a randomized controlled trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07581-1>
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: a theory of nursing*. New York: Appleton-Century Croft.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (2012). *Human caring science : a theory of nursing* (Vol. Second). Sudbury, MA.
- Watson, J., Brewer, B., & D'Alfonso, J. (2014). Watson Caritas Patient Score. *Watson Caring Science Institute*, 1. www.watsoncaringscience.org

- Wei, H., & Watson, J. (2018). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J Nurs Sci*, 17-23.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
- Weindelmayer, J., Mengardo, V., Gasparini, A., Sacco, M., Torroni, L., Carlini, M., . . . de Manzoni, G. (2021). Enhanced Recovery After Surgery can Improve Patient Outcomes and Reduce Hospital Cost of Gastrectomy for Cancer in the West: A Propensity-Score-Based Analysis. *Ann Surg Oncol.*, 7087-7094. <https://doi.org/10.1245/s10434-021-10079-x>
- Wey, H., Renae Hardin, S., & Watson, J. (2020). A unitary caring science resilience-building model: Unifying the human caring theory and research-informed psychology and neuroscience evidence. *International Journal of Nursing Sciences*, 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.11.003>
- Wieder-Huszla, S., Owsianowska, J., Chudecka-Głaz, A., Branicka-Woźniak, D., & Jurczak, A. (2022). The Significance of Adaptation and Coping with Disease among Patients with Diagnosed Gynaecological Cancer in the Context of Disease Acceptance. *International journal of environmental research and public health*, 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127218>
- Xie, M., Li, J., Zhang, S., Zhu, D., Mei, X., Wang, Z., . . . Chen, K. (2021). A trifunctional contraceptive gel enhances the safety and quality of sexual intercourse. *Bioactive materials*, 1777–1788. <https://doi.org/10.1016/j.bioactmat.2020.11.031>
- Xie, Q.-Y., Yang, J., Lei, Z.-H., Gao, F.-W., Chen, B., Jiang, K.-Y., . . . Yang, J. (2021). Exploring the Application of a Multi-Targeted Nursing Group for Enhanced Recovery After Surgery Using the LEER (“Less Pain”, “Early Movement”, “Early Return to a Normal Diet” and “Reassurance”) Model. *International Journal of General Medicine*, 7187-7197.
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S329837>
- Yang, Y., Zhao, B., Gao, X., Sun, J., Ye, J., Li, J., & Cao, P. (2021). Targeting strategies for oxaliplatin-induced peripheral neuropathy: clinical syndrome, molecular basis, and drug development. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 1-25. <https://doi.org/10.1186/s13046-021-02141-z>

- Yanrui Liang, Liu, H., Zhen Nurse, L., Zhu, Y., Zhao, M., Hu, Y., . . . Li, G. (2021). Enhanced recovery after surgery for laparoscopic gastrectomy in gastric cancer. *Medicina (Baltimore)*, 1-8.
[https://doi.org/ 10.1097/MD.00000000000024267](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024267)
- Yazdani, F., Simbar , M., Hamzehgardeshi , Z., Zare , E., & Nasiri, M. (2023). Explaining sexual self-care status and its predictor factors in women referring to healthcare centers of Sari, Iran, 2021. *BMC women's health*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02196-4>
- Yin, j. (2022). Effect of Acceptance and Commitment Therapy Combined with Music Relaxation Therapy on the Self-Identity of College Students. *Journal of healthcare engineering*, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2022/8422903>
- Yong Oh, S., Shin, A., Kim, S.-G., Hwang, J.-A., Hyun Hong, S., Lee, Y.-S., & Kwon, H.-C. (2016). Relationship between insulin-like growth factor axis gene polymorphisms and clinical outcome in advanced gastric cancer patients treated with FOLFOX. *Oncotarget*, 31204- 31214.
<https://doi.org/10.18632/oncotarget.9100>
- Youn, S. Y., Kim, B. E., & Kim, E. M. (2023). Nutrition Intervention in a Gastric Cancer Patient With Gastrectomy for 12 Months: A Case Report. *Clinical nutrition research*, 1-6.
<https://doi.org/10.7762/cnr.2023.12.1.1>
- Zavala-Pérez, I., Mónica Denise Hernández-Corrales, M. D., Olea-Gutierrez, C., & Valle-Solís, M. O. (2014). Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 135-143. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54635>
- Zhang, Y., Lin, Y., Duan, J., Xu, K., Mao , M., & Wang, X. (2020). A Population-Based Analysis of Distant Metastasis in Stage IV Gastric Cancer. *Med Sci Monit.*, 15-26.
<https://doi.org/10.12659/MSM.923867>
- Zhang, Y., Naci, H., Wagner, A., Xu, Z., Yang , Y., Zhu, J., . . . Guan, X. (2022). Overall Survival Benefits of Cancer Drugs Approved in China From 2005 to 2020. *JAMA Netw Open*, 3-33.
[https://doi.org/ 10.1001/jamanetworkopen.2022.25973](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.25973)

Zhao, W., Chong, Y., & Chien, W. (2023). Effectiveness of cognitive-based interventions for improving body image of patients having breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100213>