

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE
POLICLÍNICO II ARCELIO SUÁREZ BERNAL JATIBONICO, SANCTI SPÍRITUS

**MODELO DE CUIDADOS CONTINUOS DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES CON CÁNCER
CÉRVICO UTERINO**

Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Lic. Mallelin Rodríguez Mateo

La Habana, 2023

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE
POLICLÍNICO II ARCELIO SUÁREZ BERNAL JATIBONICO, SANCTI SPÍRITUS

**MODELO DE CUIDADOS CONTINUOS DE ENFERMERÍA PARA
MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES CON CÁNCER
CÉRVICO UTERINO**

Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: Lic. Mallelin Rodríguez Mateo

Tutores: Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco. Profesor Titular

Dr. C. Mario Avila Sánchez. Profesor Titular

La Habana, 2023

AGRADECIMIENTOS

“Agradezco a todas las personas que antes y durante el proceso de investigación científica apoyaron de forma incondicional para que esta obra pudiera ser gestada, perfeccionada y ofrecida a la comunidad científica de Enfermería como una contribución sustancial al servicio de los profesionales que aplican los cuidados continuos de forma sistemática y que se identifican con el estado de salud de las personas, noblemente.”

DEDICATORIA

” Dedico esta obra a mis tutores:

- ❖ Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco por su exigencia y confianza estar ahí en el momento preciso y transitar conmigo en esta difícil tarea que, de forma incondicional, me ha guiado, enseñado en este tan difícil proceso.*
- ❖ A Dr. C. Mario Avila Sánchez que desde la lejanía no ha dejado de tutelar este camino tan empedrado.*
- ❖ A mi esposo Dr. Rogelio González Pérez, a ti que siempre estas presente, guía fiel, fuente de vida eterna, por permitir la realización de esta obra que con toda seguridad, es parte de tú proyecto para conmigo, de forma incondicional con su apoyo en cada minuto de estudio y desvelos.*
- ❖ A mi querida hija que, con su amor, paciencia en este largo camino ha estado en todo el trascurso del proceso.*
- ❖ A los que me ayudaron tanto espiritual como materialmente en el desarrollo de la investigación.*
- ❖ A todos los que confiaron en mí y por qué no, a los que no confiaron y pusieron trabas en el proceso.”*

A todos, muchas gracias

SÍNTESIS

Fundamentación: los necesarios cuidados continuos de Enfermería, respecto a mujeres con cáncer cérvico uterino, tienen que ver con el esfuerzo de la enfermera por comprender el significado de un suceso de la vida del otro lo que, en el área de estudio, se ha detectado como deficitario por parte de este personal y ha incidido de forma desfavorable, en el estado de salud de las mujeres afectadas. Objetivo: desarrollar un modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino. Metodología: estudio de intervención desarrollo contextualizado en el Policlínico II Arcelio Suárez Bernal del municipio Jatibonico, provincia Sancti Spíritus, en el período 2019 a 2020. Se emplearon técnicas cuantitativas y cualitativas. Las variables de estudio: edad, estado de salud (dependiente), modelo de cuidados continuos (independiente), manifestaciones clínicas, cuidados de Enfermería recibido por las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino, nivel de información del personal de Enfermería , cuidados continuos, viabilidad y satisfacción. Se utilizaron métodos de los niveles teórico, empírico y estadístico - matemáticos. Después de aplicada la intervención se compararon las proporciones poblacionales mediante la prueba de *Wilcoxon*. Resultados: se obtuvo un modelo de cuidados continuos que favorece la relación mujer con Cáncer Cérvico Uterino, personal de Enfermería del consultorio médico y enfermera de la familia, y estado de salud de las afectadas. Conclusiones: se ofrece a las Ciencias de la Enfermería una nueva visión del cuidado continuo que integra los componentes de las ciencias: origen, estructura y funcionamiento.

PALABRAS CLAVE: ESTADO DE SALUD; CÁNCER CÉRVICO UTERINO; CUIDADOS CONTINUOS; MUJER

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que la tesis es de mi total autoría y no ha sido enviada con antelación a ninguna otra universidad para ser evaluada o ser utilizada para examen de grado.

Producción científica de la autora vinculada con la investigación:

- Rodríguez-Mateo M, González-Pérez RB, Concepción-Pacheco JA, Ávila-Sánchez M, Naranjo-Hernández Y. Continuous nursing care for patients with cervical cancer in the community. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2023 [acceso: 09/08/2023];19(02):340–2. Disponible en: <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2023-1515.pdf>
- Rodríguez-Mateo M, González-Pérez RB, Concepción-Pacheco JA, Ávila-Sánchez M, Naranjo-Hernández Y. Caracterización de las mujeres con cáncer cérvico uterino y cuidados de Enfermería recibidos. Jatibonico, Sancti Spiritus. Rev. Cubana Enferm. 2023. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/editor/submissionEditing/5987>
- Rodríguez-Mateo M, González-Pérez RB. Reactive and proactive prevention of adolescent pregnancy in the community. World Journal of Advanced Research and Reviews (WJARR). 2023 [acceso: 10/02/2023];17(2):240-2. Disponible en: <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2023-0200.pdf>
- Rodríguez-Mateo M, Naranjo-Hernández Y. Lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev. Cubana Enferm. 2021 [acceso: 27/09/2023]; 37(3): e4003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000300001&lng=es
- Rodríguez-Mateo M, González-Pérez R, Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Comportamiento del embarazo adolescente en el municipio Jatibonico. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. 2021 [acceso:

27/09/2023]; 47(1): e707. Disponible en:

<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/>

- Rodríguez-Mateo M, González-Pérez RB, Concepción-Pacheco JA. "Characterization of adolescent pregnancy in the community" (Manuscript ref. no. CRRMD-2022-0019) entitled. Comprehensive Research and Reviews in Medicine and Dentistry (CRRMD) February 2023; accepted Disponible en: <https://doi.org/10.57219/crrmd.2022.1.1.0019>

TABLA DE CONTENIDOS	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL CUIDADO EN MUJERES CÁNCER CÉRVICO UTERINO. ACERCAMIENTO TEÓRICO	10
1.1 Cáncer del cuello uterino, elementos clínicos imprescindibles en la valoración de Enfermería.....	10
1.2 Acciones preventivas vinculadas al Cáncer Cérvico Uterino	22
1.3 Cuidados continuos	24
1.3.1 Estado de salud y su relación con la Atención Primaria	26
1.3.2 Teoría de los cuidados de <i>Kristen M. Swanson</i>	29
1.4 Modelos, acercamiento teórico y su manifestación en Enfermería	35
CAPÍTULO II. CUIDADO CONTINUO EN MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO. ESTADO ACTUAL Y PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN	47
2.1 Identificación de los referentes teóricos que sustentan los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres con CCU.....	48
2.2 Caracterización de la muestra en el estudio según edad, estado de salud, manifestaciones clínicas, cuidados de Enfermería y cuidados continuos recibido.....	49
2.3 Identificación del nivel de información del personal de Enfermería sobre los cuidados continuos a las mujeres con cáncer cérvico uterino.....	58
2.4 Diseño del Modelo de cuidados continuos de enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU.....	61
CAPÍTULO III. EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD DEL MODELO DE CUIDADOS CONTINUOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES CON CCU	90
3.1 Valoración teórica de la viabilidad de la propuesta.....	90
3.2 Satisfacción de la mujer adulta con Cáncer Cérvico Uterino, con el cuidado continuo recibido.....	93
3.3 Evaluación del Modelo de cuidados continuos de enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU.....	95
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El problema del cáncer es uno de los desafíos sanitarios relevantes de esta época. Dado el control de las enfermedades infecciosas, el progreso en su prevención y tratamiento, y las evidentes mejoras del sistema sanitario en general, la expectativa de vida tuvo un aumento sustantivo a lo largo del siglo pasado. ⁽¹⁾

El cáncer de cérvix es un importante problema de salud pública en todo el mundo con una estimación anual de 500 mil casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 83 por ciento se presentan en países en desarrollo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa estandarizada a nivel mundial es de 15,2 por 100 000 mujeres. Las mayores incidencias se presentan en las regiones de África, sureste de Asia y las Américas, con tasas de 30,7, 24,4 y 15,3 por 100 000 mujeres, respectivamente. ⁽²⁾

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 604 000 nuevos casos y 342 000 muertes en 2020. En torno al 90% de los nuevos casos y muertes en el ámbito mundial en 2020 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. La elevada tasa de mortalidad mundial por CCU (tasa estandarizada por edad: 13,3/100 000 en 2020) podría reducirse mediante intervenciones eficaces en diferentes etapas de la vida. ⁽³⁾

Cuba es uno de los países de América Latina y de los países en vía de desarrollo con alta de incidencia de cáncer. En el país cada año se diagnostican de 20,000 a 25,000 nuevos casos. ⁽⁴⁾ En el año 2012, se reportaron en Cuba 1 841 casos nuevos de CCU, para una tasa de incidencia de 32,8 por cada 100 000 mujeres,

cuarto lugar en el sexo femenino.

En el año 2015 la tasa de mortalidad fue de 8,3 por 100 000 mujeres, se establece como la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer cubana ⁽⁵⁾. En el año 2018, se sitúa en el cuarto lugar en incidencia y el quinto en mortalidad con tasas de 33,0 y 7,9 por 100 000 habitantes respectivamente. ⁽⁶⁾ En 2019 fallecieron 514 mujeres a causa de esta enfermedad y se diagnosticaron 882 nuevos casos para una tasa de incidencia de 9,1 por cada 100000 mujeres. ⁽⁷⁾ Las mujeres fundamentalmente comprendidas entre 25-64 años se encuentran en un periodo que los especialistas califican de riesgo para padecer cáncer cervicouterino. El factor fundamental radica en realizar a tiempo el diagnóstico del CCU. ⁽⁸⁾

En la provincia de Sancti Spíritus, se han realizado estudios y existen estadísticas sobre la incidencia del CCU, diagnosticándose más de 160 casos cada año y el 45 % de ellos se presenta en mujeres de 25 años y más, según el Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud del territorio. En el año 2017, se reportaron 244 casos, en el 2018, lo padecieron 191 mujeres, en el 2019 concurren 42 mujeres y en el 2020, 44 casos. ^(9,10)

El personal de Enfermería es de vital importancia en el cuidado de la mujer con CCU, en el amplio campo de acción frente al difícil proceso por los que atraviesan las mujeres con esta situación y sus familiares, contribuye de manera continua y decisiva desde la etapa inicial de la noticia del diagnóstico, durante las diversas situaciones del tratamiento, y en algunas ocasiones hasta la muerte. ⁽¹¹⁾

En la atención a las mujeres con CCU, es ideal el cuidado de la enfermera, según *Kristen M. Swanson*: "...al esforzarse esta por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, al evitar conjeturas, centrándose en la persona a la

que se cuida, en la búsqueda de claves, al valorar y buscar un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado”.⁽¹²⁾

La experiencia de la autora de más de treinta años como enfermera en la Atención Primaria de Salud (APS), en contacto con el desarrollo y evolución de la temática abordada, los antecedentes expuestos y exploraciones previas realizadas le permitieron identificar la situación problemática: la incidencia creciente de mujeres con CCU en el Policlínico Arcelio Suárez Bernal del municipio Jatibonico, que demanda de cuidados continuos de Enfermería y la insuficiencia de estos, es desfavorable en el estado de salud de las mismas, constatado en la revisión de historias clínicas individuales y el análisis de la situación de salud.

Situación problemática que revela la contradicción existente entre la incidencia de mujeres con CCU en la APS, y la necesidad del cuidado continuo de Enfermería, esperado por el nivel de experticia en esta área, que se manifiesta en el objeto de la profesión.

Se identificó el problema científico: ¿cómo contribuir con cuidados continuos de Enfermería en el estado de salud de las mujeres con CCU?

Como objeto de estudio: el proceso de cuidados de Enfermería a las mujeres con CCU, mientras que el campo de acción: los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres con CCU.

La hipótesis que sustenta esta investigación expresa: si se implementa un Modelo de cuidados continuos de Enfermería en las mujeres con CCU, entonces se logrará un mejor estado de salud en las mismas.

El compromiso de la autora en la solución al problema científico planteado se manifiesta en el objetivo general: desarrollar un modelo de cuidados continuos de

Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU en el Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, del municipio Jatibonico.

Como salida al compromiso planteado se trazaron los objetivos específicos:

1. Identificar los referentes teóricos que sustentan los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres con CCU.
2. Caracterizar la muestra según variables clínicas y sociodemográficas de estudio, en el Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, del municipio Jatibonico.
3. Identificar el nivel de información del personal de Enfermería sobre los cuidados continuos a las mujeres con CCU en el Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, del municipio Jatibonico.
4. Diseñar un Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU.
5. Valorar la significación de los cambios producidos en el estado de salud de las mujeres con CCU con la aplicación del modelo de cuidados continuos en el Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, del municipio Jatibonico.

El proceso investigativo se cumplimentó con el diseño metodológico que se describe. Clasificación: investigación de desarrollo tecnológico, cuali-cuantitativa.

⁽¹³⁾ Se realizó un estudio preexperimental en el Policlínico Arcelio Suárez Bernal, en el período comprendido de enero de 2019 a diciembre de 2020.

La población objeto de estudio quedó conformada en dos estratos: el primero constituido por todas las mujeres con CCU (12), atendidas en el Policlínico Arcelio Suárez Bernal en el período de estudio, que reunieron los siguientes criterios:

- mujeres comprendidas en el rango de edad de 25 a 59 años, con diagnóstico histológico de CCU confirmado,

- residentes en el municipio Jatibonico,
- en condiciones intelectuales y psicofísicas para contestar los instrumentos.

El segundo por el personal de Enfermería de la APS, que estuviera en labores en el área y período de estudio, perteneciente al policlínico (28).

El estudio transitó por cuatro etapas; en la primera, se caracterizó a las mujeres con CCU en términos de edad, estado de salud, manifestaciones clínicas, cuidado y cuidados continuos de Enfermería recibidos. Se determinó el nivel de información del personal de Enfermería sobre cuidados continuos a las mujeres con CCU.

En la segunda etapa, se diseñó el Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU. En la tercera, se valoró su viabilidad y la satisfacción con el cuidado continuo recibido. En la cuarta, se introdujo la propuesta y se valoró la significación de los cambios producidos en el estado de salud de la mujer adulta con CCU con la implementación del modelo de cuidados continuos.

Las variables estudiadas fueron: edad, modelo de cuidados continuos de Enfermería (variable independiente), estado de salud de la mujer adulta con CCU (variable dependiente), manifestaciones clínicas, cuidado de Enfermería, cuidados continuos a las mujeres, nivel de información del personal de Enfermería, viabilidad, satisfacción con el cuidado continuo recibido. (Anexo 2)

Desde un enfoque dialéctico y los procesos lógicos del pensamiento como el análisis y la síntesis, la inducción y la deducción, se emplearon los siguientes métodos de investigación.

Métodos del nivel teórico:

El análisis documental, utilizado para profundizar como aspecto esencial en la conformación del marco teórico de la investigación, relacionado con el diseño de la propuesta del Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU, así como en la búsqueda de antecedentes en la etapa exploratoria en archivos en el Policlínico II Arcelio Suárez Bernal.

El enfoque de sistema, empleado para el diseño de la intervención como elemento ejecutor del modelo, y establecer la relación estructural entre los componentes.

La deducción, utilizada para la elaboración de la intervención a partir de los supuestos teóricos principales de la Teoría de *Kristen M. Swanson* y su particularización en la propuesta.

La sistematización, se empleó para la estructuración y organización de la información referente al cuidado continuo en la mujer adulta con CCU, existente en la literatura nacional e internacional. Permitió, además, la distribución de los conocimientos en cada capítulo y sus epígrafes, al establecer las interrelaciones necesarias entre la concepción dialéctica y cambiante del objeto como resultado de la actividad transformadora y su relación con el medio.

La modelación, posibilitó el proceso de abstracción para la elaboración del Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU, para su posterior concreción en la práctica.

La consulta a especialistas se empleó en la constatación teórica de la viabilidad (Anexo 3) del modelo, y facilitó la valoración de las acciones y actividades incluidas en la intervención propuesta.

Los métodos del nivel empírico:

La observación, permitió obtener información visual de los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres con CCU y los procedimientos de Enfermería y su relación con las necesidades afectadas por la entidad patológica.

El grupo nominal, permitió la identificación de los cuidados continuos de Enfermería ofrecidos en mujeres con CCU en el grupo poblacional objeto de estudio, así como la valoración de la percepción de los problemas de salud que se presentan.

La guía de observación abierta permitió obtener información en relación con los cuidados de Enfermería a mujeres con CCU y contrastar la opinión del personal de Enfermería que brindó los cuidados continuos en la comunidad. (Anexos 4 y 5)

La encuesta de satisfacción se realizó para obtener las opiniones y valoraciones referidas por las mujeres con CCU, de los principales problemas en el cuidado continuo brindado por el personal de Enfermería de la APS. (Anexo 6)

El cuestionario, para identificar el nivel de información del personal de Enfermería incluido en el estudio sobre el cuidado continuo a las mujeres con CCU. (Anexo 7)

Los métodos estadísticos, se utilizaron estadígrafos descriptivos. De la estadística inferencial se utilizó la Prueba de Rangos con Signos de *Wilcoxon* ⁽¹⁴⁾, para la significación estadística de los cambios operados en el estado de salud de las mujeres con CCU antes y después de aplicado el modelo.

Aspectos éticos: el estudio se aprobó por la Comisión de Ética del Policlínico II Arcelio Suárez Bernal y el Consejo Científico del municipio de Jatibonico, institución ejecutora principal. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado de cada una de las mujeres con CCU, en el cual se explicaron los objetivos del

estudio y se estableció la voluntariedad de participar y de abandonar el estudio en el momento que lo desearan, se les solicitó, además, el compromiso de no participar en ningún otro tipo de intervención (con fines investigativos) dentro del tiempo que ésta durara.

Los datos primarios, así como los resultados de la investigación, fueron utilizados sólo por el equipo básico de salud que atiende a las mujeres, en la más estricta confidencialidad. Este estudio no implicó afectaciones físicas ni psicológicas de las mujeres con CCU. No hubo experimentación mediante intervenciones especiales con seres humanos, salvo las establecidas en los programas de CCU; velándose por lo estipulado en la Declaración de *Helsinki*.⁽¹⁵⁾

La aproximación al cuidado continuo en la atención de las mujeres con CCU se desplegó con la mayor perspicacia y prudencia, se prestó atención a los aspectos éticos, el respeto a la cultura, la idiosincrasia de las familias y de las personas y se intentó conciliar o consensar orientaciones o criterios involucrados en las acciones de la intervención, sin imposiciones ni consejos directivos.

Novedad Científica: radica en el propio diseño del Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU en la APS, sustentado en la Teoría de Cuidados de *Kristen M. Swanson* y concretar desde la ciencia la relación Enfermería, persona, familia, en vínculo directo con el entorno y el estado de salud, desde un enfoque dialéctico, histórico concreto y sistémico, donde la valoración de la mujer se realiza como un ser social, con necesidades y potencialidades, elementos que resultan novedad en el contexto de la Enfermería Comunitaria.

Redimensionamiento conceptual y metodológico del sistema de cuidados

continuos, desde la perspectiva del proceso de Enfermería en la APS.

Contribución teórica: radica en la concepción sistémica ofrecidas en el Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU, el sistema de relaciones que emplea como núcleo categorial, en la que se integran desde el accionar del personal de Enfermería en la comunidad, la persona, familia, entorno y el estado de salud, en vinculo a los diferentes estadios. Sustentadas en la Teoría de Cuidados de *Kristen M. Swanson* y que se revelan en la propuesta desde la construcción del conocimiento a partir de supuestos de la epistemología de la ciencia de la Enfermería y otras ciencias.

Para ello se utiliza como base primaria la medición del nivel de información del personal de Enfermería sobre la aplicación de los cuidados continuos para contribuir a mejorar el estado de salud de las mujeres, con conductas generadoras de salud, al favorecer la capacidad de adecuación y mejorar interacciones con el entorno.

Contribución práctica: se propone un Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU, el cual ofrece sentido a la práctica de cuidados holísticos y fortalece la relación persona - personal de Enfermería del Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia (CMF). Se ofrece un referente de cuidados específicos según los estadios que atraviesa la mujer con CCU, elemento que permite personalizarlo desde estándares unificados.

Aporte social: al evaluar el resultado de la intervención de cuidados continuos de Enfermería y su proyección en la comunidad a mujeres con CCU, se pone de manifiesto la mejoría de su estado de salud.

La tesis está estructurada en introducción y tres capítulos, el primero se refiere al marco teórico conceptual, el segundo a los fundamentos teóricos del cuidado continuo en estas mujeres, así como el estado actual y propuesta de transformación. En el capítulo tres se aborda la valoración de la viabilidad del modelo de cuidados continuos propuesto y la evaluación de los cambios operados en el estado de salud de las mujeres con CCU. En último lugar, se plantean las conclusiones generales y recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Los resultados de la investigación se han socializado en eventos nacionales e internacionales, así como publicado en revistas científicas.

CAPÍTULO I.

EL CUIDADO EN MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

ACERCAMIENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. EL CUIDADO EN MUJERES CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

ACERCAMIENTO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los fundamentos teóricos del Cáncer Cérvico Uterino (CCU). Se tuvo en cuenta abordar elementos relacionados con la etiología, la fisiopatología, el diagnóstico de lesiones premalignas y CCU, la biopsia en el diagnóstico final de lesiones pre cancerígenas, citología cervical o *Papanicolaou* (PAP), la colposcopia como examen diagnóstico, la estratificación de las lesiones pre cancerígenas y estadios del cáncer de cuello, su tratamiento y acciones preventivas.

Se abordan los cuidados continuos, aspectos psicológicos de Enfermería, la teoría del cuidado de *Kristen M. Swanson* vinculada al cuidado de la mujer con CCU y su aplicación, así como los modelos de cuidado en salud.

1.1. Cáncer del cuello uterino, elementos clínicos imprescindibles en la valoración de Enfermería

En la revisión bibliográfica realizada se encontraron varias definiciones como: el cáncer de cérvix es un tumor originado por una alteración celular en el epitelio del cuello del útero, la que se demuestra a través de lesiones de lenta y aumentada evolución a cáncer *in situ* (indica recluido en la superficie epitelial); o un tipo de cáncer invasivo, donde las células van a sufrir una transformación maligna, que sobrepasan la membrana basal. ⁽¹⁶⁾

El CCU es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del Virus del Papiloma Humano (VPH) y que se manifiesta a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. ⁽¹⁷⁾

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). El cuello uterino conecta el cuerpo del útero (la parte superior donde se desarrolla el feto) con la vagina (el canal por donde nace el bebé). El cáncer se origina al crecer las células sin control. ⁽¹⁸⁾

Etiología y fisiopatología del Cáncer de Cuello Uterino

Por su relevancia en la aparición del CCU, se realizó un abordaje al VPH con mayor nivel de profundidad.

La infección por el HPV es el factor etiológico relevante considerado en el CCU, y está relacionado con la conducta sexual. Existen cuatro fases fundamentales en el desarrollo del CCU: la infección por el HPV del epitelio metaplásico en la zona de transformación, la persistencia viral del HPV, la progresión clonal del epitelio infectado a lesiones precancerosas y la invasión a través de la membrana basal del epitelio. ⁽¹⁹⁾

Los factores de riesgo para la adquisición de la infección por HPV se asocian a: inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, múltiples parejas sexuales o recientes y a un elevado número de parejas sexuales del marido o de la pareja masculina. ⁽¹⁹⁾

Lo primero para desarrollar el cáncer de cuello uterino es que se encuentre infectado por el virus 16 de tipo oncogénico. La mayor parte de estas infecciones son resueltas de manera espontánea; sin embargo, unas pocas van a permanecer. Dado el caso, estas células epiteliales pueden evolucionar a células pre cancerígenas y a carcinomas, lo que indica invasión de la membrana basal. ⁽¹¹⁾

Debido al pequeño porcentaje de las infecciones por el HPV que prospera a algún tipo de tumor, se entiende que existen otros factores colaterales externos y característicos del huésped que están implicados en el desarrollo de la oncogénesis.

Algunos de estos factores colaterales en el progreso de estas anomalías son: la infección

viral permanente de tipo 16 y 18 pronostica un riesgo de mayor evolución y la predisposición genética en el cáncer de cérvix que es originado por la infección del HPV, las mujeres con un familiar afectado con el primer grado presentan doble riesgo de generar un tumor en el cérvix, en contraste con las que no poseen ningún familiar de primer grado, ser portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), déficit nutricional, factores del ambiente (deficiencias de vitaminas y exposición al humo de cigarro), inicio de la actividad sexual temprana, promiscuidad y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. ⁽¹¹⁾

El HPV es una partícula química de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) de doble cadena, sin envoltura, y pertenece a la familia *Papovaviridae*. Tiene una predilección por la diferenciación del epitelio escamoso, donde infecta y transforma células huésped. Aberraciones celulares relacionadas con el HPV en las mujeres, se concentran en la región escamocolumnar del ectocérvix, lo que hace de este lugar de 115 genotipos diferentes de HPV. ⁽²⁰⁾

Un estudio multinacional de CCU encontró que más del 90 %, en todo el mundo son causados por ocho tipos de HPV: los tipos 16, 18 y 45 están incriminados en el 94 % de los adenocarcinomas cervicales. El tipo 16 puede plantear un riesgo de cáncer un orden de magnitud mayor que el que presentan otros tipos de HPV de alto riesgo. ⁽²⁰⁾

Signos y síntomas:

Las mujeres con pre-cánceres y CCU, en etapa temprana, generalmente no presentan síntomas, con frecuencia no comienzan hasta que un cáncer se torna grande y crece hacia el tejido adyacente. ⁽²¹⁾

Al ocurrir, los síntomas más comunes son: sangrado vaginal anormal, después del sexo vaginal, de la menopausia, sangrado y manchado entre períodos o períodos menstruales

de mayor durabilidad, o con sangrado más profuso de lo usual, secreción vaginal inusual puede contener sangre y puede presentarse entre los períodos o después de la menopausia, dolor durante las relaciones sexuales y dolor en la región pélvica. ⁽²¹⁾

Algunos signos y síntomas observados y referidos en la enfermedad avanzada son: hinchazón de las piernas, problemas para orinar o para evacuar, y sangre en la orina. ⁽²¹⁾

Estratificación de las lesiones pre cancerígenas

Richard y Barro en 1969 ⁽²²⁾, clasificaron las neoplasias cervicales intraepitelial (NIC) en:

NIC I: displasia ligera (células superficiales dicarióticas).

NIC II: displasia moderada (células intermedias dicarióticas).

NIC III: displasia severa (células profundas dicarióticas).

Diagnóstico de lesiones premalignas y Cáncer de Cuello Uterino

Para el diagnóstico de estas afecciones, se utilizan varios métodos como son: citología cervical o *Papanicolaou* (PAP), inspección visual con ácido acético (IVAA), pruebas moleculares, colposcopia y biopsia.

En la práctica, es importante elegir la prueba de tamizaje apropiada, en consideración con el entorno particular donde se empleará el programa y los recursos humanos, financieros y de infraestructura disponibles para aplicarla. Reviste importancia la elección para lleguen a toda la población destinataria y no solo a quienes tengan mayor acceso a los servicios de salud. ⁽²³⁾

Citología cervical o *Papanicolaou*: es un procedimiento que se usa para recolectar células del cuello uterino con el fin de analizarlas en un laboratorio y así detectar si hay cáncer y pre cáncer. ⁽²³⁾

Inspección visual con ácido acético (IVAA): es otra de las pruebas de diagnóstico recomendada, consiste en pincelar el cuello con una torunda de algodón embebida en

solución de ácido acético al 3 % o 5 % y después de un minuto (si se usa al 5 %), o de dos minutos (si se usa al 3%), examinar el cuello. ⁽²⁴⁾

El ácido acético desnaturaliza las proteínas nucleares y deshidrata el citoplasma celular de manera reversible, por lo cual, tejidos con relación núcleo/citoplasma más alto, como en las lesiones precursoras y neoplásicas reflejan la luz blanca proyectada y aparecen, lesiones cervicales aceto blancas bien delimitadas, pueden corresponderse con neoplasia o sus precursores. ⁽²⁴⁾

Pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano: constituyen una de las opciones para detectar el HPV; son más efectivas que el PAP e IVAA.

Prueba de HPV: prueba de alta sensibilidad y especificidad, pueden ser de tres tipos:

Detección del DNA viral que, asociada a la citología, mejora la detección de lesiones precursoras; tiene como inconveniente mayor tasa de falsos positivos, y detección de marcadores celulares que buscan ciertas proteínas con expresión aumentada con la infección del HPV. ⁽²⁴⁾

Colposcopia: la colposcopia, ideada por *Hinselmann* en 1925, consiste en una exploración minuciosa del cuello del útero, realizada por un sistema óptico que proporciona una visión estereoscópica y aumentada. Es el método clínico de diagnóstico para identificar las zonas sospechosas de células patológicas, que pueden evolucionar a un cáncer de cuello. ⁽²⁵⁾

Biopsia en el diagnóstico final de lesiones pre cancerígenas y cancerígenas.

Biopsia: para confirmar los resultados de los distintos métodos de diagnóstico precoz (prueba citológica, prueba de *Schiller* o colposcopia); dará el diagnóstico de certeza. ⁽²⁶⁾

Como complemento del diagnóstico de CCU, se realiza la exploración física y ginecológica: se realiza un examen visual del cérvix con espéculo. Aquellas lesiones

visibles con esta técnica incluyen ulceraciones, tumores exofíticos en el exocérvix e infiltración del endocérvix. Se suele acompañar de un examen recto-vaginal para hacer una aproximación del tamaño de la lesión, o si se sospecha infiltración de tabique recto vaginal y parametrios. Sin olvidar realizar palpación de los territorios ganglionares. ⁽²⁶⁾

Para realizar la estadificación del CCU se realizan diferentes pruebas de imagen, como son: ecografía Transvaginal, de utilidad para valorar la cavidad endometrial y la extensión de la enfermedad; Tomografía Computarizada (TC), para el estadiaje y resulta de utilidad en la valoración de la afectación ganglionar; Resonancia Magnética (RM), para la estadificación local de la enfermedad, el tamaño del tumor, invasión de tejidos adyacentes y afectación ganglionar; Tomografía por emisión de positrones (PET) o (PET-TC), ofrece un mapa metabólico de la enfermedad, delimitar la extensión de la enfermedad y es de utilidad para detectar la afectación ganglionar. ⁽²⁶⁾

Estadios del cáncer de cuello uterino

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), definió los estadios del cáncer. Se evalúa el tumor y si se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Esta determinación se basa en los resultados de un examen físico, las exploraciones por imágenes y las biopsias. ⁽²⁷⁾

Estadio I: el cáncer se ha diseminado desde el revestimiento del cuello uterino hacia el tejido más profundo, todavía se encuentra en el útero, no se ha diseminado a otras partes del cuerpo; puede dividirse en grupos más pequeños para describir la afectación en detalles.

Estadio IA: el cáncer se diagnostica solo al observar el tejido o las células del cuello uterino con un microscopio. Estadio IA1: área cancerosa de menos de tres (3) milímetros (mm) de profundidad. Estadio IA2: área cancerosa de tres (3) mm a menos de cinco (5)

mm de profundidad.

Estadio IB: el tumor es más grande pero todavía está confinado al cuello uterino. No hay diseminación distante. Estadio IB1: el tumor mide cinco (5) mm o más de profundidad y menos de dos (2) centímetros (cm) de ancho. Estadio IB2: el tumor mide dos (2) cm o más de profundidad y menos de cuatro (4) cm de ancho. Estadio IB3: el tumor mide cuatro (4) cm o más de ancho.

Estadio II: el cáncer se ha diseminado más allá del útero hacia áreas cercanas como la vagina o el tejido cercano al cuello uterino, pero todavía está dentro del área pélvica, no se ha diseminado. Este estadio puede dividirse en grupos más pequeños para describirlo con detalle.

Estadio IIA: el tumor está limitado a los dos tercios superiores de la vagina. No se ha diseminado a la región parametrial. Estadio IIA1: mide menos de cuatro (4) cm de ancho.

Estadio IIA2: mide cuatro (4) cm o más de ancho.

Estadio IIB: el tumor se ha diseminado a la región parametrial, sin llegar a la pared pélvica.

(27)

Estadio III: el tumor compromete el tercio inferior de la vagina y se ha diseminado a la pared pélvica, causa hinchazón del riñón, denominada hidronefrosis, impide que funcione y compromete los ganglios linfáticos regionales. No hay diseminación distante.

Estadio IIIA: compromete el tercio inferior de la vagina, pero no ha crecido hasta el interior de la pared pélvica. Estadio IIIB: ha crecido dentro de la pared pélvica y afecta el riñón.

Estadio IIIC: compromete los ganglios linfáticos regionales.

Esto puede detectarse mediante pruebas por imágenes o anatomía patológica. Agregar una r minúscula indica el uso de pruebas por imágenes para confirmar compromiso de ganglios linfáticos. Una p minúscula indica los resultados de la anatomía patológica para

determinar el estadio.

Estadio IIIC1: se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la pelvis. Estadio IIIC2: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos para aórticos. Estos se encuentran en el abdomen cerca de la base de la columna vertebral y cerca de la aorta.

Estadio IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto, pero no a otras partes del cuerpo. Estadio IVB: se ha diseminado a otras partes del cuerpo. ⁽²⁷⁾

Terapéutica en el cáncer cervical

Diferentes son las formas de tratar el CCU: cirugía, radiación, quimioterapia o la combinación de algunos de estos tratamientos.

Numerosas mujeres con CCU tienen que recurrir a algún tipo de cirugía, ⁽²⁸⁾ se utiliza para ayudar a:

- diagnosticar el cáncer de cuello uterino,
- determinar cuán lejos se ha propagado el cáncer,
- tratar el cáncer (de forma especial para los cánceres en sus comienzos) ⁽²⁵⁾.

Cirugía para el CCU invasivo. Los procedimientos para tratarlo son la Histerectomía (simple o radical) y la Cervicectomía.

Existen diferentes maneras de realizar una histerectomía: abdominal, vaginal, laparoscópica y la asistida por robot. ⁽²⁸⁾

Histerectomía simple: se realiza para extirpar el útero (tanto el cuerpo del útero como el cuello), pero no las estructuras próximas al útero (parametrio y ligamentos uterosacros).

No se extirpan la vagina ni los ganglios linfáticos de la pelvis.

Histerectomía radical: se extirpa el útero junto con los tejidos contiguos (el parametrio y los ligamentos uterosacros), el cuello uterino, así como la parte superior (alrededor de una pulgada (dos a tres centímetros) de la vagina adyacente al cuello uterino. Los ovarios

no se extirpan si no hay otra razón que lo requiera. Con frecuencia, se extirpan algunos ganglios linfáticos pélvicos. ⁽²⁸⁾

Cervicectomía: se realiza a través de la vagina o el abdomen, y en ocasiones mediante laparoscopia. En este procedimiento se extirpa el cuello uterino y la parte superior de la vagina, pero no el cuerpo del útero. ⁽²⁸⁾

Radioterapia para cáncer de cuello uterino: la radiación actúa sobre el DNA que se encuentra dentro de las células y produce pequeñas roturas que evitan a las células cancerosas crecer y dividirse, y les causan la muerte. Puede que las células normales cercanas se afecten con la radiación, en la mayoría se recuperan y vuelve a tener una función normal. ⁽²⁹⁾

Los tipos de radioterapia que se usan con mayor frecuencia para tratar el CCU son: la radioterapia con rayo externo y la braquiterapia. Al usar la radioterapia con rayo externo como tratamiento principal, por lo general se combina con quimioterapia (quimio radiación simultánea). ⁽²⁹⁾

Posibles efectos secundarios de la radioterapia con rayo externo a corto plazo para el CCU son: cansancio (fatiga), problemas estomacales, diarrea o heces blandas o aguadas (si la radiación es dirigida al abdomen o a la pelvis), náuseas y vómitos, cambios en la piel (desde enrojecimiento leve hasta descamación), cistitis por radiación, a veces sangre en la orina, dolor vaginal, en ocasiones provoca una secreción, cambios en los períodos menstruales: puede afectar a los ovarios, causar cambios en los períodos menstruales e incluso menopausia temprana, niveles bajos (menos cantidad) de células sanguíneas, la anemia (niveles bajos de glóbulos rojos) puede causarles cansancio. La neutropenia (niveles bajos de glóbulos blancos) aumenta los riesgos de infecciones graves y la trombocitopenia (niveles bajos de plaquetas) aumenta el riesgo de sangrado. ⁽²⁹⁾

Braquiterapias (terapia de radiación interna): conllevan colocar una fuente de radiación en, o cerca del cáncer. El tipo de braquiterapias que se utiliza más a menudo para tratar el cáncer de cuello uterino se conoce como braquiterapias intracavitarias. La fuente de radiación se coloca en un dispositivo que se encuentra en la vagina o en el cuello del útero. ⁽²⁹⁾

Hay dos tipos de braquiterapias: con tasa de dosis baja, se completa en pocos días. Con tasa de dosis alta, se administra de forma ambulatoria durante varios tratamientos (con frecuencia, al menos con una semana de diferencia). Para tratar el CCU en mujeres que se han realizado histerectomía, se coloca el material radiactivo en un pequeño tubo de metal dentro (tándem) de la vagina o en el útero en caso de conservarlo, junto con pequeños soportes de metal redondos (ovoides) que son colocados cerca del cuello uterino, y algunas veces es llamado tratamiento con tándem y ovoides. ⁽²⁹⁾

Posibles efectos secundarios, a corto plazo de las braquiterapias: el común es la irritación de la vagina, la cual se puede tornar enrojecida y sensible al dolor. También puede presentar secreción; o irritación de la vulva.

Efectos secundarios a largo plazo de la radioterapia: las mujeres pueden experimentar relacionados con la radiación meses o años después del tratamiento, sequedad vaginal y el dolor durante las relaciones sexuales, estenosis vaginal, lo que ocasiona dolor durante el sexo vaginal, sangrado rectal/estenosis rectal, puede ocasionar una abertura anormal entre el recto y la vagina o la vejiga y la vagina, puede causar cistitis crónica, sangre en la orina. Además, huesos debilitados, las fracturas de cadera son las fracturas más comunes, hinchazón severa de las piernas, linfedema, entre otras. ⁽²⁹⁾

En la radioterapia sistémica se usan sustancias radiactivas que se administran a través de una vena o de forma oral. A pesar de que este tipo de radiación pasa por todo el

cuerpo, la sustancia radiactiva se acumula en el área del tumor, con poco efecto en el resto del cuerpo. La radiación podría ayudar a aliviar problemas como: dolor, dificultad para tragar o respirar, o bloqueos intestinales que pueden causar un cáncer avanzado. Esto se llama radiación paliativa. ⁽²⁹⁾

Quimioterapia (quimio), se emplean medicamentos administrados en vena o por vía oral. Estos entran al torrente sanguíneo y pueden llegar a casi todas las áreas del cuerpo, lo que hace que este tratamiento sea útil para eliminar las células cancerosas. La quimioterapia no es necesaria en todas las mujeres con CCU. ⁽³⁰⁾ Para algunas etapas del cáncer de cuello uterino, el tratamiento preferido es la radiación y la quimioterapia administradas en conjunto (quimio radiación simultánea). ⁽²⁷⁾

Existen efectos secundarios de la quimioterapia para el CCU a corto plazo como: náuseas y vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello, úlceras en la boca, cansancio (fatiga). Puede dañar las células que producen sangre en la médula ósea, los niveles de células sanguíneas pueden bajar lo que puede ocasionar: aumento en la probabilidad de infecciones por disminución de glóbulos blancos (neutropenia), pérdida de sangre o hematomas después de heridas o lesiones menores por disminución de las plaquetas (trombocitopenia), dificultad para respirar o cansancio debido a la disminución de glóbulos rojos (anemia). ⁽³⁰⁾

Existen, además efectos secundarios de la quimioterapia para el CCU a largo plazo: cambios en los períodos menstruales en mujeres jóvenes a quienes no se les ha extirpado el útero como parte del tratamiento, la menopausia prematura y la infertilidad pueden ocurrir y ser permanentes, mayor riesgo de pérdida ósea y osteoporosis, neuropatía producida por algunos medicamentos incluidos el Paclitaxel y Cisplatino, de este último se describe la nefrotoxicidad, por lo que puede dañar los riñones. ⁽³⁰⁾

Descritos elementos indispensables para el conocimiento relacionado con la entidad patológica, sus manifestaciones, la terapéutica y en particular las reacciones de estas, es pertinente adentrarse en acciones que, desde etapas tempranas, el personal de Enfermería debe tener en cuenta en los cuidados a estas poblaciones femeninas, descritas en el epígrafe siguiente.

1.2. Acciones preventivas vinculadas al Cáncer Cérvico Uterino

En la APS se deben realizar acciones de salud para fortalecer el programa de CCU, entre otras: promoción de salud a través de las diferentes técnicas educativas a ejecutar en los escenarios de salud, docentes y laborales, además de audiencias sanitarias con los promotores de salud en las comunidades y la divulgación por los medios de comunicación masiva. ⁽³¹⁾

Acciones dirigidas a sensibilizar a la población femenina acerca de la importancia de realizarse la prueba citológica; incrementar la toma de citología cervical y garantizar la calidad en la toma de la muestra. El equipo básico de trabajo debe mantener actualizado el registro de pruebas citológicas según control y seguimiento de las mujeres, educar y sensibilizar a la población para evitar una vida sexual precoz y en particular, a la población adolescente sobre el adecuado uso del condón y en evitar prácticas sexuales de riesgo y las enfermedades de transmisión sexual; promover entre la población general, las relaciones sexuales monogámicas, la reducción del tabaquismo y la ingestión de bebidas alcohólicas en la mujer, así como promover la ingesta de alimentos que contengan complejo B y vitamina C. ⁽³¹⁾

Algunos países utilizan de forma sistemática vacunas profilácticas contra determinados tipos de VPH en la población femenina en edades pre púber y adolescente. Estas vacunas previenen el CCU en etapa inicial y la progresión de la enfermedad, reducen su

impacto y, por tanto, la mortalidad por esta causa, pero no lo cura. ⁽³¹⁾ Entre ellas se han producido hasta la fecha el Gardasil y Cervarix.

Gardasil: es una vacuna cuadrivalente contra los VPH 16, 18, 6 y 11, desarrollada por *Merck y Compañía*. Debe señalarse que los tipos seis y 11 no están ligados al cáncer y sí a la aparición de las verrugas genitales (condiloma acuminado). ⁽³¹⁾

Cervarix: es una vacuna con partículas semejantes al virus VLP-L1 bivalente contra los VPH tipo 16 y 18, causantes de alrededor del 70 % de los casos de cáncer y desarrollada por los laboratorios *Glaxo Smith Kline*. ⁽³¹⁾ Se estima que la vacunación contra el VPH 16 y 18, podría reducir cerca del 70 % de los casos de CCU.

La mayor morbilidad y mortalidad de esta enfermedad y el menor acceso a sistemas de detección precoz ocurren en los países pobres, donde el acceso a nuevas vacunas es limitado. Ante uno de los mayores avances en la medicina preventiva moderna, existe el desafío de que esta pueda ser administrada a la población que la necesita. ⁽³¹⁾

Existen aspectos a precisar en relación con las vacunas profilácticas colocadas en el mercado hasta el momento, y las expectativas de esta vacunación se verifican en la práctica; el Sistema Nacional de Salud, pondrá a disposición y beneficio del pueblo este descubrimiento científico. ⁽³¹⁾

Las consecuencias sociales, humanas y económicas del CCU lo convierten en un problema importante para la salud pública y de la humanidad. ⁽³¹⁾

El CCU constituye una de las entidades con impacto y repercusión sobre la salud femenina, de forma particular en mujeres jóvenes. Es considerada una enfermedad emergente desde hace escasos años, lo que pudiera explicar la necesidad para los profesionales sanitarios de disponer de información suficiente, lo que precisa de un proceso de formación continuada, a la altura que las circunstancias epidemiológicas

requieren.

A juicio de la autora el personal de Enfermería en la APS cumple una función preponderante en el enfrentamiento a esta enfermedad reemergente y en garantizar que con su accionar se modifiquen actitudes, comportamientos y en atención a las mujeres ya diagnosticadas, satisfacer necesidades afectadas que garanticen un mejor afrontamiento ante las nuevas situaciones en unión a la familia, la comunidad y el entorno, espacio que favorecen los cuidados continuos.

1.3. Cuidados continuos

Los cuidados continuos pretenden dar a las personas una atención integral a todos los niveles y durante todas las fases de la enfermedad, debe ser atendida desde un punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social. En el caso de la persona con afecciones oncológicas, esta atención integral se debe ofrecer durante: el diagnóstico, los tratamientos radioterápicos y sistémicos, el tratamiento de apoyo, el control de los síntomas, los cuidados paliativos y la atención en la etapa final de la vida. ⁽³²⁾

Estos intentan conseguir el equilibrio ideal entre el cuidar y el curar a la persona de la mejor manera posible. Respetar a las afectadas con cáncer, el objetivo fundamental, no debe ser sólo procurar el mejor tratamiento para su enfermedad, sino también mientras dure el tratamiento y el caso de fase avanzada, debe dar prioridad a la calidad de vida de esa persona, sin reservar este tipo de cuidado solos para los terminales. ⁽³²⁾

Las personas oncológicas experimentan multitud de síntomas físicos y adaptaciones psicológicas relacionados, en primer lugar, con la aceptación del diagnóstico, y luego con el tratamiento de la enfermedad y el control de los síntomas.

Se dan situaciones de fácil solución y otras complejas, pero el personal sanitario conseguirá resolverlas mientras se facilite una relación cercana entre la persona y los

profesionales de Enfermería, de modo que se puedan tomar las medidas necesarias en cada persona y cada momento. Mantener unos cuidados continuos no sólo mejora su calidad de vida, sino que puede conseguir una mayor supervivencia y un mejor tratamiento de la enfermedad en general. ⁽³²⁾

La relación con el especialista y sus colaboradores se hará fluida, y natural, y estos conocerán mejor la respuesta y aceptación al tratamiento primario de esa persona, porque es el personal de Enfermería los más accesible y capaz de dirigirle al resto de los servicios sanitarios; así, el médico, las enfermeras, cuidadores y familiares ofrecerán una cobertura básica de atenciones a la persona. El psicólogo es el encargado de motivar al enfermo y a sus familiares y ayudarles a abordar la nueva situación vital asociada a un tratamiento oncológico. ⁽³³⁾

En la literatura científica consultada no se encontró sustento teórico específico sobre la relación cuidado continuo en la mujer con CCU, lo que constituye un vacío teórico sobre esta relación en la Ciencia de la Enfermería.

Debido al impacto a nivel psicológico que supone la enfermedad terminal, tanto en la propia persona como en los que le rodean, para el personal de Enfermería constituye un reto desarrollar actuaciones dirigidas a tratar los aspectos psicológicos en ambos casos.

⁽³³⁾ Es importante comprender el proceso por el que transita la persona ante la visión final de su vida y la imposibilidad de realizar planes de futuro, por lo que se hace necesario desarrollar, aunque sea de forma global cuidados, que puedan ser aplicados de forma útil por los profesionales de Enfermería. ⁽³²⁾

La OMS, basada en la pirámide de *Maslow* refiere que las personas con cáncer no sólo requieren el control de su sintomatología y alivio, sino que necesitan sentirse seguros, tener en quien sostenerse, en quien confiar para demostrar que aún son productivos, que

son parte de un grupo, recibir afecto y tener contacto humano. ⁽³⁴⁾

La atención del personal de Enfermería, a la persona con cáncer, debe ser especial, debido a las características de estas y por las situaciones de vida que ellas enfrentan, así como sus familiares. Este personal debe preservar un equilibrio entre lo científico y lo humanístico, con la finalidad de promover conductas adaptativas para sobrellevar y superar dicha circunstancia, mejorar su calidad de vida, y en algunos casos, garantizarles una muerte digna. ^(35, 36)

1.3.1. Estado de salud y su relación con la Atención Primaria

En 1984 en Cuba se inicia el Programa del Médico y Enfermera de la Familia (PMEF) para mejorar el estado de salud de la población con acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, y tener en cuenta las características inherentes de la APS. ⁽³⁷⁾

Dentro de sus objetivos específicos se destacan: promover acciones para la participación comunitaria, la intersectorialidad y la integración social de individuos, familia y comunidad; prevención de riesgos y enfermedades en la población; llevar a cabo acciones integrales especialmente a nivel escolar y ocupacional; garantizar el diagnóstico precoz y la atención dispensarizada por métodos clínicos, epidemiológicos y sociales; desarrollar la rehabilitación en la comunidad a los que están en riesgo de discapacidad o ya discapacitados; contribuir a la formación de trabajadores de la salud sobre la base de conceptos éticos y humanistas, conjuntamente, con una alta preparación científica; desarrollar investigaciones a partir de los problemas de salud de la comunidad. ⁽³⁷⁾

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) es una práctica integral, curativa y preventiva de atención a individuos enfermos, en riesgo, saludables y a la comunidad como un todo. Se basa en una apreciación epidemiológica de las necesidades de salud

de la población, en la prestación de atención por parte de un equipo multidisciplinario que provee los servicios a una comunidad definida. Así mismo, la integración planificada de la APS y Salud Pública (SP), en la participación progresiva de la comunidad y en la coordinación con todos los sectores de servicios que la atienden. ⁽³⁷⁾

La APOC contempla aspectos como: el servicio de salud que provee atención a toda una población definida (geográficamente, miembros de un seguro de salud, escuela u otros), la atención basada en las necesidades de salud identificadas a nivel poblacional, proceso de priorización de los problemas de salud de la comunidad por el servicio de salud y la propia comunidad, intervenciones a nivel individual y comunitario que cubren todas las etapas de la secuencia salud-enfermedad desde la condición de salud priorizada, la participación de la comunidad.

En la APOC, los programas de salud se dirigen a toda la población, es decir a personas sanas, en riesgo y aquellos que padecen la enfermedad. Se ejecutan por medio de actividades que cubren la historia natural de la enfermedad: prevención, promoción de actividades sistemáticas para las personas en riesgo y tratamiento y rehabilitación de los enfermos. ⁽³⁷⁾

Como concepto esencial de este sub acápite y que se encuentra presente en la APS, se introduce el estado de salud definido como: "...una categoría de la higiene social que expresa sintéticamente el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres respecto a su salud en el plano físico, mental y social que se dan en el proceso de producción y reproducción de la vida humana". ⁽³⁸⁾

Lo integran múltiples factores físicos, naturales, económicos, biológicos, sociales y de la esfera psíquica o situación de bienestar social, biológico y psíquico condicionada por el

grado de equilibrio con su medio natural y social en que se encuentra el conjunto de personas que componen la sociedad. ⁽³⁸⁾

Existen múltiples factores que inciden sobre el estado de salud: nutrición, agua potable para el consumo, seguridad personal y social, estabilidad y seguridad económica, carga laboral y condiciones de trabajo, vivienda, clima social, emancipación sexual, recreación, cultura y enriquecimiento de la vida, consumo, educación, comunicación, medio ambiente natural y equilibrio demográfico, stress y ruido, desarrollo del transporte y las comunicaciones, nivel de matrimonio y divorcio, estructura de la población, aseguramiento de instituciones, peculiaridades étnicas y religiosas, tradiciones, costumbres y hábitos de vida, condiciones geográficas, contaminación del ambiente y el aire atmosférico, aseguramiento de la asistencia médica general y especializada, sexo, edad y ocupación, esperanza de vida, natalidad, mortalidad y fecundidad, morbilidad. ^(38, 39,40)

Para aproximar al modelo de cuidados continuos, el análisis del estado de salud de las mujeres con CCU incluidas en el estudio, se conceptualizó éste como: una descripción y/o medida de la salud de la persona o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud. Dada la relevancia de la vinculación de los elementos de los cuidados continuos, con el estado de salud y su manifestación en las teorías de la ciencia enfermera, la autora asume la teoría de los cuidados de *Kristen M. Swanson* descritas en el sub epígrafe siguiente.

1.3.2 Teoría de los cuidados de *Kristen M. Swanson*

Swanson ⁽⁴¹⁾, formuló su Teoría de los Cuidados de manera inductiva y definió que el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio de cuidado (de uno mismo

y de la persona a quien se cuida), acompañamiento (a otros y roles), enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces.

La autora asume, resultante de la sistematización realizada por autores, la clasificación de las escuelas de Enfermería que, según *Kérouac*, supone un nivel de concreción en su análisis mayor al que permite el paradigma; por lo que la teoría de los cuidados pertenece a la escuela de la interacción, según esta escuela, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecer ayuda, y en el cual el personal de Enfermería tiene en consideración sus propios valores, la utilización de su persona desde el punto de vista terapéutico y el comprometerse con el cuidado desde lo humanitario y no mecánico. ⁽⁴¹⁾

Swanson ⁽⁴¹⁾, con su teoría, intenta responder la pregunta: ¿cómo hacen las enfermeras lo que hacen?, con esta pregunta se enmarca como teorizadora de la escuela de la interacción junto a otras pensadoras de la disciplina como: *Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Joan Riehl-Sisca, Ernestine Wiedenbach e Imogene King*.

Los sustentos de sus teorías determinan la acción de Enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera; como centro de interés la persona y el Cuidado; con influencia de la fenomenología, el existencialismo y el psicoanálisis. ⁽⁴¹⁾ Para *Swanson* ⁽⁴²⁾, la Enfermería es una conocedora de los cuidados para el bienestar de otros. Este conocimiento de la disciplina se apoya en otras disciplinas: el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica, los valores y expectativas personales y sociales.

La Enfermería tiene el fin de promover el bienestar para lo cual ven a los seres humanos

en sus problemas reales y potenciales, con el fin de intervenir para brindar un cuidado excelente con una visión holística. Con respecto a cómo *Swanson* define a las personas, estas deben ser vistas como seres únicos que están en proceso de crecimiento en forma dinámica, espiritual, que se auto reflejan en su conducta con capacidad de decidir cómo actuar, como afrontar las diversas situaciones y la capacidad de ejercer la libre voluntad en las posibilidades que enfrente. ⁽⁴²⁾

Las personas son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se auto reflejan y que anhelan estar conectadas con otros. Observó, además, que las limitaciones impuestas por la raza, la clase social, el sexo o el acceso al cuidado, pueden impedir que las personas ejerzan su libre voluntad; por tanto, admitirlo exige a la disciplina de la Enfermería que acepte la individualidad y que tenga en cuenta todo un abanico de posibilidades que son aceptables o deseables para las personas a las que atienden las enfermeras. ⁽⁴³⁾

La teórica, postula que el otro, a cuya persona sirve la disciplina de la Enfermería, se refiere a familias, grupos y sociedades. Así, con esta comprensión de la persona, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias. Pero, al pensar las enfermeras sobre el otro hacia el que dirigen sus cuidados, también necesitan pensar en sí mismas y en otras enfermeras y su cuidado, así como ser cuidadas por los demás. ⁽⁴¹⁾

Otro fenómeno de interés que aborda *Swanson* en el cuidado de Enfermería es la salud y el bienestar como experiencia subjetiva y llena de significado de plenitud. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse de manera libre. Considera el restablecimiento del bienestar como un

complejo proceso de cuidados y curación que incluye, "...desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud". (43)

Se asume, en relación con el personal de Enfermería, que se debe crear todas las condiciones necesarias para mantener o restablecer la salud y, por ende, si este personal es capaz de enseñar al cuidador principal a desprenderse o sobrellevar el dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y tener un sentimiento de renovada plenitud; entonces el bienestar de los cuidadores principales de personas con esta enfermedad va encaminado a mantener, recuperar o mejorar su salud. (44)

Swanson (44), define el entorno de manera situacional, a la vez que sostiene que el entorno para Enfermería es cualquier contexto que influye y que es influido por la persona, ya sea cultural, social, biofísico, político y económico. Los términos entorno y persona-paciente en Enfermería pueden ser vistos de forma intercambiable.

Para la autora de la investigación, las mujeres con CCU, una vez que se sienten apoyadas por el personal de Enfermería, se convierten en seres en crecimiento, dinámicos, creativos, capaces de decidir cómo enfrentar el cuidado ante cualquiera de las situaciones en las cuales se involucren; razón para que el personal de Enfermería sea capaz de instruir las y a sus familiares, respete su individualidad y tenga en cuenta que cada una de las situaciones en las cuales se ven inmersos son únicas.

Vinculación de la Teoría de los cuidados de *Kristen M. Swanson* al cuidado de la mujer con Cáncer Cérvico Uterino

La teórica, concibió su teoría en cinco categorías denominadas: mantener las creencias, conocer, estar con, hacer por y posibilitar. Las mismas constituyen una secuencia de intervenciones de Enfermería caracterizadas por la actitud filosófica de la enfermera para

el cuidado informado a través de la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados continuos, y se aplica a todas las relaciones de cuidado en las cuales este profesional diagnostica y trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales. ⁽⁴⁵⁾

Mantener las creencias: se refiere a mantener la fe en la capacidad del otro, de superar un acontecimiento, y enfrentarse al futuro con significado; creer en la capacidad del otro y al tenerlo en alta estima, mantener una actitud llena de esperanza; ofrecer un optimismo realista, ayudar a encontrar el significado y estar al lado de la persona cuidada en cualquier situación. ⁽⁴⁵⁾

Son las actitudes y cuidados hacia la mujer con CCU las que se establecen a través de la relación personal de Enfermería -mujer con CCU-familia; sobre la base del respeto a su individualidad, sus creencias (religiosas, ideológicas), al ofrecer confianza y seguridad en que sus posiciones ante la nueva situación, permitirá mejorar la esperanza, así este personal debe ofrecer cuidados continuos a mujeres con CCU.

Conocer: se relaciona con la necesidad de esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro; evitar conjeturas, al centrarse en la persona a la que se cuida, buscar claves, valorar de manera meticulosa y buscar un proceso de compromiso entre el que se cuida y el que es cuidado; se basa en la confianza que se dan ambos, personal de Enfermería y la persona. ⁽⁴⁶⁾

Por ende, mediante la comunicación asertiva tanto con la mujer, como el familiar, en la aceptación del proceso de cuidado, el personal de Enfermería debe centrarse durante el interrogatorio minucioso, en identificar sus necesidades, evitar las conjeturas y comprender la significación que le confieren, al nuevo evento. Así como mantener el nivel de actualización respecto al proceso y las necesidades que pueden ir identificándose, por

la mujer, el propio personal y su familiar.

Estar con: significa estar presente con el otro; incluye estar en persona, transmitir disponibilidad, y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada; es la presencia auténtica del personal de Enfermería, donde este profesional lo cuida mediante la presencia emocional. Estar con, es una forma de compartir los significados, los sentimientos y las experiencias vividas por la persona cuidada. ⁽⁴⁶⁾

El estar con, como forma de la Enfermería terapéutica, es donde este personal mantiene una presencia real en la mayor parte de las actividades que se realizan con la mujer con CCU para seguir adelante, propiciado por el entorno de la Enfermería comunitaria, donde con el seguimiento oportuno se puede lograr la empatía con la mujer y la familia, alcanzar la comprensión y ayuda en los momentos difíciles. Se convierte este personal no sólo en una presencia física, sino que, a través de su posicionamiento ético, con mensajes asertivos establece la relación de ayuda en el ejercicio de cuidado.

Hacer por: es otra manera terapéutica de Enfermería donde esto conlleva hacer por otro lo que él, ella o ellos harían por sí mismos si fuera del todo posible. El cuidado hacer por, es confortador, se anticipa, protege las necesidades del otro y las ejecuta en forma hábil y competente, con el fin de buscar bienestar a la persona y respetar su dignidad. ⁽⁴⁶⁾

Hacer por, implica la implementación por parte del personal de Enfermería, de acciones de salud, para satisfacer las necesidades de las mujeres con CCU y su continua valoración, como se expresaba con anterioridad, que permita identificar nuevos problemas, en el empleo del propio proceso de enfermería, debe ser capaz de favorecer el autocuidado de la propia mujer y los miembros de la familia.

Posibilitar: facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, informar, explicar, apoyar, dar validez a sentimientos, generar alternativas,

pensar las cosas de forma detenida y retroalimentar. ⁽⁴⁷⁾

Mediante la implementación de los cuidados continuos brindados a las mujeres con CCU, se les provee de los conocimientos necesarios para que afronte las nuevas circunstancias, coopere en su cuidado y logre afectar en menor medida la salud de ella y su familia; aspectos que le posibilitaran modificar, en dependencia de los eventos vividos y sus experiencias, los nuevos sucesos, proporcionándole bienestar y le permite por retroalimentación trazar nuevas expectativas.

Swanson ⁽⁴⁷⁾, afirma que los procesos de los cuidados se superponen, y cada uno es componente integral de la estructura de los cuidados. Por tanto, la autora se posiciona y asume que los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de las personas, apoyada por el conocimiento de la realidad de las mujeres con CCU, facilidad ofrecida por el contexto de la APS, expresada por estar tanto física como emocional presentes, y representada por hacer por y posibilitarles el bienestar. Elementos que conducen a un análisis de la cosmovisión del cuidado enfermero, en convergencia de dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de Enfermería.

Aplicabilidad de la teoría de los cuidados, realidad viable

Al sistematizar la obra de *Swanson* se evidencia que Estados Unidos es el país con mayor número de publicaciones relacionadas con esta teoría; seguido de Europa, Canadá, Australia/Nueva Zelandia, Asia e Israel. ⁽⁴⁸⁾ Entre los países latinoamericanos se incluyen Chile ⁽⁴⁹⁾, Colombia ⁽⁵⁰⁾, Perú ⁽⁵¹⁾, México ⁽⁵²⁾ y Ecuador. ⁽⁵³⁾

Investigaciones realizadas por *Andershed*, ⁽⁴⁸⁾ evidencian la realización de estudios empíricos no sólo en el cuidado de la salud del niño y la mujer, sino también dentro de otros contextos, como el cuidado de emergencia e intensivo, la oncología, el cuidado paliativo, la psiquiatría, el cuidado a la persona mayor, así como dentro del área de la

educación.

En las revisiones realizadas en el contexto cubano hay evidencias de investigaciones en Enfermería en las cuales su objeto de estudio es el cuidado sustentado en teorías representativas de la escuela de la interacción; sin embargo, son insuficientes los estudios que tengan como sustento teórico la teoría de los cuidados. ⁽⁵⁴⁾

A criterio de la autora, aunque coincide, no obstante, asevera que su utilización contribuiría a ofrecer cuidados sistémicos, flexibles, humanistas y personalizados al individuo, familia y comunidad, mediante la implementación de programas o estrategias de intervención.

1.4. Modelos, acercamiento teórico y su manifestación en Enfermería

En la actualidad se ha generalizado el uso de los modelos como un sistema auxiliar para penetrar en la esencia de fenómenos vinculados a todas las esferas de la actividad cognoscitiva y transformadora del hombre, en campos tan diversos como el de las ciencias humanas y el de las ingenierías aplicadas.

En el campo de la educación su utilización es frecuente como instrumento imprescindible para transformar la práctica escolar y enriquecer su acervo teórico. La palabra modelo proviene del latín *modulus* que significa medida, ritmo, magnitud y está relacionada con la palabra *modus*: copia, imagen. Los modelos como medio auxiliar para estudiar diferentes fenómenos y objetos se utilizan desde hace alrededor de 500 años, han atravesado diferentes etapas: pre teórica, asociada a la actividad creadora de *Isaac Newton*, y modelo como método del conocimiento teórico. ⁽⁵⁵⁾

A partir del estudio de los criterios de diferentes autores se ha podido establecer los rasgos generales del modelo que son necesario tomar en cuenta para el proceso de elaboración de este, estos son: ⁽⁵⁵⁾

- interpretación (que incluye la representación) del objeto de investigación que aporta a partir de aristas distintas a las existentes, nuevos conocimientos respecto a sus características, propiedades y relaciones esenciales y funcionales,
- elaboración teórica que interpreta, diseña y reproduce la realidad o parte de ella, en correspondencia con una necesidad histórica concreta y de una teoría referencial,
- carácter sintético, intensivo ya que no describe una estructura concreta, sino mediante un proceso de abstracción, se aparta de la realidad perceptible y subraya hasta el extremo lógico, cierto atributo importante para la solución del problema,
- el investigador modifica el aspecto dinámico del desarrollo del objeto (principios, modos de regulación, mecanismos de gestión),
- el objeto real se traduce abreviada, comprimida o sintetizada,
- por lo general se refiere al aspecto más interno del objeto,
- enfatiza en el planteamiento de una nueva interpretación del objeto o de una parte del mismo, mediante la revelación de nuevas cualidades o funciones,
- la diversidad de modelos, en ocasiones contradictorios, referidos a un mismo objeto, está determinada por las posiciones teóricas que se asumen para el análisis del objeto de estudio. ⁽⁵⁵⁾

En la literatura relacionada con el tema existe varias definiciones de modelo, que reflejan los rasgos expuestos con anterioridad; en algunos casos resaltan las funciones de este como:

Basurto ⁽⁵³⁾ plantea: “por modelo se entiende un sistema concebido mental o realizado en forma material, que, al reflejar o reproducir el objeto de la investigación, es capaz de sustituirlo de modo que su estudio nos dé nueva información sobre dicho objeto”.

Tamayo ⁽⁵⁶⁾ plantea: “el modelo científico es un instrumento de la investigación de carácter

material o teórico, creado por los científicos para reproducir el fenómeno que se estudia. El modelo es una reproducción simplificada de la realidad, que cumple una función heurística, ya que permite descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto de estudio”.

D-Armas ⁽⁵⁷⁾ evidencia que el aporte teórico que esté represente, al plantear: “(...) el modelo es una construcción general dirigida a la representación del funcionamiento de un objeto a partir de una comprensión teórica distinta a las existentes”.

Los métodos fundamentales para la elaboración de un modelo son: la modelación y el método sistémico estructural, ya que, en ambos se da una unidad dialéctica al enfrentar el estudio de un objeto. En el caso de la modelación se interpreta en su aspecto dinámico (funcionamiento y relaciones) y en el sistémico se interpreta en su aspecto estático (estructura, componentes). ⁽⁵⁸⁾

A tener en cuenta que, en el modelo se da la unidad de lo objetivo y lo subjetivo. Lo objetivo está dado por expresar la relación entre la estructura del modelo y el objeto, de ahí sus semejanzas. Y lo subjetivo está dado por las necesidades que tiene el investigador de resolver el problema, sus concepciones ontológicas, gnoseológicas y axiológicas que determinan el aspecto del objeto escogido para modelar. ⁽⁵⁸⁾

El proceso de elaboración de un modelo implica las siguientes acciones:

- a) análisis de las características, cualidades y relaciones esenciales del objeto que han sido establecidas en la teoría, a partir de la bibliografía consultada y su contrastación con los datos empíricos recopilados,
- b) diseño de una representación sustituta del objeto (modelo actual contrastado con el modelo actuante),
- c) análisis e interpretación de la representación sustituta (modelo como medio de

obtención del nuevo conocimiento),

- d) establecimiento de los principios teóricos que sustentan la interpretación: manipulación mental de la representación sustituta a partir de los nuevos referentes teóricos, descubrimiento de nuevas aristas de análisis, cuestionamiento, contrastación, manejo de diferentes alternativas, reordenamiento a partir de las nuevas posiciones asumidas y de los propósitos planteados y simplificación de la representación sustituta,
- e) elaboración de la nueva representación del objeto (representación o modelo hipotético),
- f) búsqueda de alternativas y medios para la implementación de la representación hipotética en la práctica,
- g) implementación y evaluación,
- h) diseño de la nueva representación (modelo logrado),
- i) expresión de las concepciones teóricas: definiciones, propiedades del objeto, clasificaciones, regularidades, entre otros. ⁽⁵⁸⁾

En su presentación, el modelo debe contener: marco epistemológico (fundamentación y justificación de su necesidad), contexto social en el que se inserta el modelo, ¿con qué objetos de la realidad interactúa?, representación gráfica, explicación (significados, exigencias, criterio de uso, argumentación sobre sus cualidades), formas de instrumentación (recomendaciones, alternativas variantes), evaluación. ⁽⁵⁹⁾

En los últimos sesenta años el desarrollo de la Enfermería como disciplina ha sido innegable debido, fundamental, a la aparición de programas de postgrado a nivel de Maestría y Doctorado, con los que se ha promovido el interés por el desarrollo del conocimiento y la investigación. La consecuencia de ello ha sido la construcción de modelos conceptuales y teorías de Enfermería que definen la disciplina y explican su razón de ser, sus valores; sus principios filosóficos y científicos. ⁽⁵⁹⁾

El Modelo de Cuidado diseñado por Ariza ⁽⁶⁰⁾ por ejemplo, consta de un componente teórico, uno estructural y uno funcional. La noción de principio que se tuvo en cuenta para la elaboración de este modelo es: base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede en cualquier materia. Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta. Es un parámetro de referencia para la interpretación y la valoración de los fenómenos o conductas.

Este modelo consta de diferentes componentes, dentro de los que se incluyen el componente teórico: contempla la esencia de la Enfermería e incluye la dinámica del ser, llegar a ser y cambiar. La Teoría Humanística provee una metodología de articulación reflexiva de la esencia de esta ciencia, y un puente metodológico entre la teoría y la práctica al dar una amplia guía para el diálogo de Enfermería en múltiples escenarios. ⁽⁶⁰⁾

Este diálogo se describe y distingue como luchas-con, y no en-contra-de los otros. Comunica sus ideas y, al mismo tiempo, están abiertas a las preguntas de los otros, esforzándose para esclarecer, comunicar y cuestionarse a sí mismo y a los otros. En Enfermería, el propósito de este diálogo, o relación intersubjetiva, es alimentar el bienestar y el ser mejor, de las personas con necesidad, entendida esta relación intersubjetiva como la conducta de una de las partes en otra, lo que implica un cambio en ambas. Entre la persona y la enfermera supone el hacerse solícita y responder. ⁽⁶⁰⁾

El personal de Enfermería, como responsable del cuidado de la persona, debe hacerse solícito ante los problemas de salud de esta, intentar solucionarlos de la mejor manera posible sin esperar a que esta pida su ayuda debe estar atento y disponible a la identificación de los problemas para actuar de acuerdo a ellos y; de esta forma; generar satisfacción en la persona, familia y comunidad. ⁽⁶⁰⁾

En coherencia con la definición de modelo ya expuesta, y en opinión de la autora de la presente investigación, hacerse solícito implica la capacidad que tiene el personal de Enfermería de percibir e identificar las necesidades de la persona (biológicas y espirituales, en especial las psicosociales) y darles respuesta de manera holística, incluso antes de que sean expresadas. ⁽⁶⁰⁾

Estas tres palabras (hacerse solícito y responder) encierran los temas centrales, los cuales permiten entender que, a través de este paradigma se presenta una visión de la Enfermería que admite la variación en los diferentes escenarios de práctica, y los patrones cambiantes de la profesión a través del tiempo. ⁽⁶¹⁾

En consonancia, el personal de Enfermería se hace solícito para una persona, familia o comunidad, o para la humanidad, al brindar ayuda de una manera explícita, o al identificar un problema o necesidad relacionado con la salud; en este caso es la persona quien, por el hecho de presentar alteraciones en su estado de salud, requiere cuidado y reclama al personal responsable de su cuidado profesional, quien tiene la intención de prestarle ayuda y encontrar solución a sus problemas y necesidades. ⁽⁶¹⁾

Responder, es la acción de cuidar, la intención de atender a la persona en su necesidad de cuidado y su responsabilidad, definida en el artículo 36 de la Ley 1164 de 2007 como: "(...) analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación". ⁽⁶⁰⁾ La responsabilidad implica elevar el cuidado al nivel reflexivo y coherente con la riqueza de ser propia de quien es humano, al que la sociedad tiene derecho a reclamar en sus profesionales de Enfermería; este personal no puede quedarse en un nivel sensible.

Esta respuesta puede también ser dada por un grupo de enfermeras o la comunidad de personal de Enfermería que escuchan, identifican y reconocen el hacerse solícitos. Lo

que sucede durante este diálogo, el -y- entre -hacerse solícito y responder-, el -entre-, es la Enfermería. ⁽⁶⁰⁾

El personal de Enfermería enfrenta la emoción, el miedo y la incertidumbre de aproximarse a la situación de la profesión abierta. A través de un espíritu de receptividad, de estar listo para la sorpresa, el valor para experimentar lo desconocido y la responsabilidad, existe una oportunidad para relacionarse y para la intersubjetividad. "...el proceso lleva a experimentar a veces una inmersión reflexiva en el fenómeno vivido". ⁽⁶²⁾

La interacción de la Enfermería está limitada en el espacio y el tiempo, pero la internalización de esta experiencia le agrega algo nuevo a la vista angular de cada persona. ^(62, 63) Esto refleja la dimensión espiritual de la persona, al trascender los fenómenos físicos de espacio y tiempo, y vivir en la actualidad de su tiempo interior. La inmersión en la experiencia intersubjetiva y el proceso fenomenológico en el que el personal de Enfermería se compromete, le ayudan a guiar el intercambio entre la persona y este, al exponer todo lo que es, junto a sus características profesionales y personales: valores, principios, educación, habilidades, experiencias de vida y lo integra a su respuesta, guiada por su rol profesional, ética y competencias.

A pesar de que una respuesta responsable pueda no dar a la persona lo que pidió, el proceso de ser escuchada, de acuerdo con este modelo, es por sí mismo una experiencia humanizadora. ⁽⁶²⁾ En dicho intercambio también intervienen las características de la persona que incluyen su pasado y las relaciones sociales presentes, como experiencias de raza, religión, educación, trabajo, y cualquier patrón individualizado, para llevar a cabo la experiencia vivida. También incluye sucesos pasados con profesionales de la salud, la imagen de la persona y sus expectativas respecto a lo que le pide el personal de

Enfermería. ⁽⁶¹⁾

La expectativa del personal de Enfermería se da porque puede ser capaz de responder al llamado de ayuda como tal. Esto significa que sea competente para dar solución a los cambios biológicos, psicosociales y espirituales propios del proceso de recuperación que vive la persona, mientras permanece en el servicio de hospitalización y en el ámbito comunitario. ⁽⁶¹⁾

En el contexto de Enfermería, estos dos seres humanos (la persona y el personal de Enfermería a cargo de su cuidado) se encuentran e interactúan entre sí, esta interacción se centra en la capacidad del personal de Enfermería de hacerse solícita y responder. ⁽⁶¹⁾

El tener en cuenta las cualidades de cada uno de los involucrados (persona-personal de Enfermería) permite velar por individualizar el diálogo con cada persona particular. Por esta razón existen procedimientos que se hacen casi imperceptibles por la ternura, humor y técnicas maestras con que se realizan.

Es esta individualidad como seres humanos es la que resalta la similitud y provee los hilos que unen a través de este proceso de vivir. Ser parecidos en las diferencias es solo uno de esos hilos principales, y la teoría de la Enfermería Humanística intenta descubrir los hilos unificadores o esencias que constituyen el tejido de la Enfermería. ⁽⁶¹⁾

El personal de Enfermería debe tener presente que los seres humanos llegan a perfeccionarse a través de sus elecciones éticas y de las experiencias intersubjetivas en las que se involucran. ⁽⁶¹⁾ Además, existen datos objetivos y subjetivos que interactúan entre sí que incluyen fenómenos de Enfermería y de la persona; entre los de Enfermería están la conciencia, apertura, empatía, cuidado, sensibilidad, entendimiento, responsabilidad, confianza, aceptación, autoconocimiento y diálogo. Los fenómenos de la persona incluyen los problemas que cada uno de ellos presente en su situación de

Enfermería. ⁽⁶¹⁾

Planteado el componente teórico en el proceso de sustento del diseño se aborda el componente estructural, desde lo descrito por autores que asume la autora de la investigación.

Componente estructural: con el planteamiento de supuestos y proposiciones, definición del meta paradigma de Enfermería y conceptos centrales del modelo, los cuales son: eventos clínicos que requieren cuidado de Enfermería y situaciones que requieren éste.

⁽⁶⁰⁾

Supuestos y proposiciones: fueron expresados con base en las creencias, valores, principios, normas y experiencia clínica de la autora, y en los problemas que caracterizan la persona. La persona requiere que el personal de Enfermería, mediante su cuidado le proporcione una mejor adaptación de los involucrados, además su familia y los demás miembros del equipo de salud. En el ejercicio autónomo de su autocuidado, la persona asume el control del efecto de la entidad, de acuerdo con sus experiencias y recibir la ayuda subsidiaria del personal de Enfermería, del equipo de salud, la familia y de su medio social.

La experimentación sobre una mejor adaptación ocurre en ocasión del fenómeno clínico, al estar conscientes, recordar, ponderar, clasificar, corroborar y aprender. Por ser científica, la atención de Enfermería parte de la realidad y a ella llega, lo que demanda de este personal el entrenamiento de la inteligencia simultánea, especializada en el perfeccionamiento de interactuar y retroalimentar las indagaciones y acciones que realiza en función de sí mismo, la persona y su entorno. ⁽⁶⁰⁾

Cada individuo de la especie humana, desde que tiene por cuerpo una célula hasta que termina su ciclo vital natural, es una unidad con las dimensiones bio-psicosocial y

espiritual y, por tanto, un ser que en cada instante de su existencia posee el mismo valor, en tanto humano; este valor es superior a la totalidad de la energía de la que proceden la materia inerte y los individuos vivos no humanos. ⁽⁶⁰⁾

Esta condición lo hace responsable del resto de la naturaleza y, en especial, de sí mismo y de los demás miembros de su especie. La inteligencia supera la capacidad de conocimiento de lo real hasta poder llegar a nociones como la de la nada; el ser humano aspira a una felicidad que abarca y trasciende las limitaciones temporales de la biología y, por tanto, esta no es su fuente, sino medio de expresión de la fuente, aunque el cuerpo humano tiene el valor superior de ser, en parte, causa, cauce y ocasión para que se puedan percibir con el propio cerebro y otras partes, las manifestaciones de la inteligencia, la voluntad y el núcleo afectivo. ⁽⁶⁰⁾

El ambiente en esta perspectiva es algo concebido de forma subjetiva e intersubjetiva, trascendente, que va más allá del espacio físico. Faltaría plantearlo como medio de proporcionar posibilidad del estar con, del compartir. En la atención de salud se busca un espacio físico que otorgue privacidad, garantía de secreto y libre de cualquier interferencia externa. ^(64,65)

La interacción sobrepasa el nivel del espacio físico, ya que lo que interesa en la situación cuestionada es la empatía que se puede desarrollar entre los interlocutores, con el fin de llegar a una relación intersubjetiva, responsable y provechosa. Un ambiente físico favorable por sí solo no representa la garantía de que los objetivos serán atendidos.

El personal de Enfermería trae consigo valores, creencias y actitudes que pueden interferir en la atención profesional. Por eso, la práctica no puede ser aislada del personal que la realiza, ya que es ella quien se involucra con la persona dándose, también de este modo, la oportunidad de realizarse como persona. ⁽⁶⁶⁾

Es responsabilidad del personal de Enfermería crear condiciones físicas y humanas favorables al bienestar y a la aspiración de ser mejor de la persona, que se concreta, en primer lugar, en su autocuidado, comunicación y colaboración, al propiciar un entorno necesario para su pronta recuperación. El tiempo para que esto ocurra varía de persona a persona. ⁽⁶⁶⁾

La Enfermería es un contexto humano, una respuesta confortadora de una persona para otra, en un momento de necesidad, con la intención de lograr bienestar en el contexto de las propias características y circunstancias para ser mejor. ⁽⁶⁶⁾ Enfermería es un encuentro perfeccionante, de comunicación entre la persona que requiere ser cuidado de forma integral, según sus necesidades en salud, y el personal de Enfermería que decide y logra cuidar a la altura del valor de ambos, por ser humanos, en el contexto de la definición de ser humano ya expuesta. ⁽⁶⁶⁾

La salud presenta numerosas concepciones para la definición de salud e igual cantidad de tópicos: biológico, ambiental, económico, social, filosófico, entre otros. La salud es más que un estado; es un proceso dinámico, de continuo restablecimiento del equilibrio en el que al cambiar alguno de los factores implicados, y dicho cambio se mantiene en el tiempo, la persona adopta una respuesta fija de acuerdo con las experiencias positivas para lograr el equilibrio; pero al no suceder así, se requiere de factores biológicos, ambientales, psicosociales, espirituales y asistenciales, que se integren para sostener ese equilibrio manifestado por la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura. ⁽⁶⁶⁾

Conclusiones del capítulo

En este capítulo, se pone de manifiesto la brecha epistemológica de las Ciencias de la Enfermería con relación a la carencia de estudios específicos sobre los cuidados

continuos en su relación: mujer con cáncer cérvico uterino, personal de Enfermería del consultorio del médico y enfermera de la familia y estado de salud de las afectadas.

CAPÍTULO II.

CUIDADO CONTINUÓ EN MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

ESTADO ACTUAL Y PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

CAPÍTULO 2. CUIDADO CONTINUÓ EN MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO. ESTADO ACTUAL Y PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

En el presente capítulo se presentan los resultados de la identificación de los referentes teóricos que sustentan los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres con CCU, de la caracterización de la muestra en el estudio según edad, estado de salud, manifestaciones clínicas, cuidado de Enfermería recibido, cuidados continuos, y viabilidad del Modelo. Se muestra la identificación del nivel de información del personal de Enfermería sobre los cuidados continuos a las mujeres estudiadas, el diseño de la intervención de cuidados continuos a las mismas, así como la propuesta de transformación. Todo lo que se muestra en el siguiente algoritmo, representado como Diagrama 1:

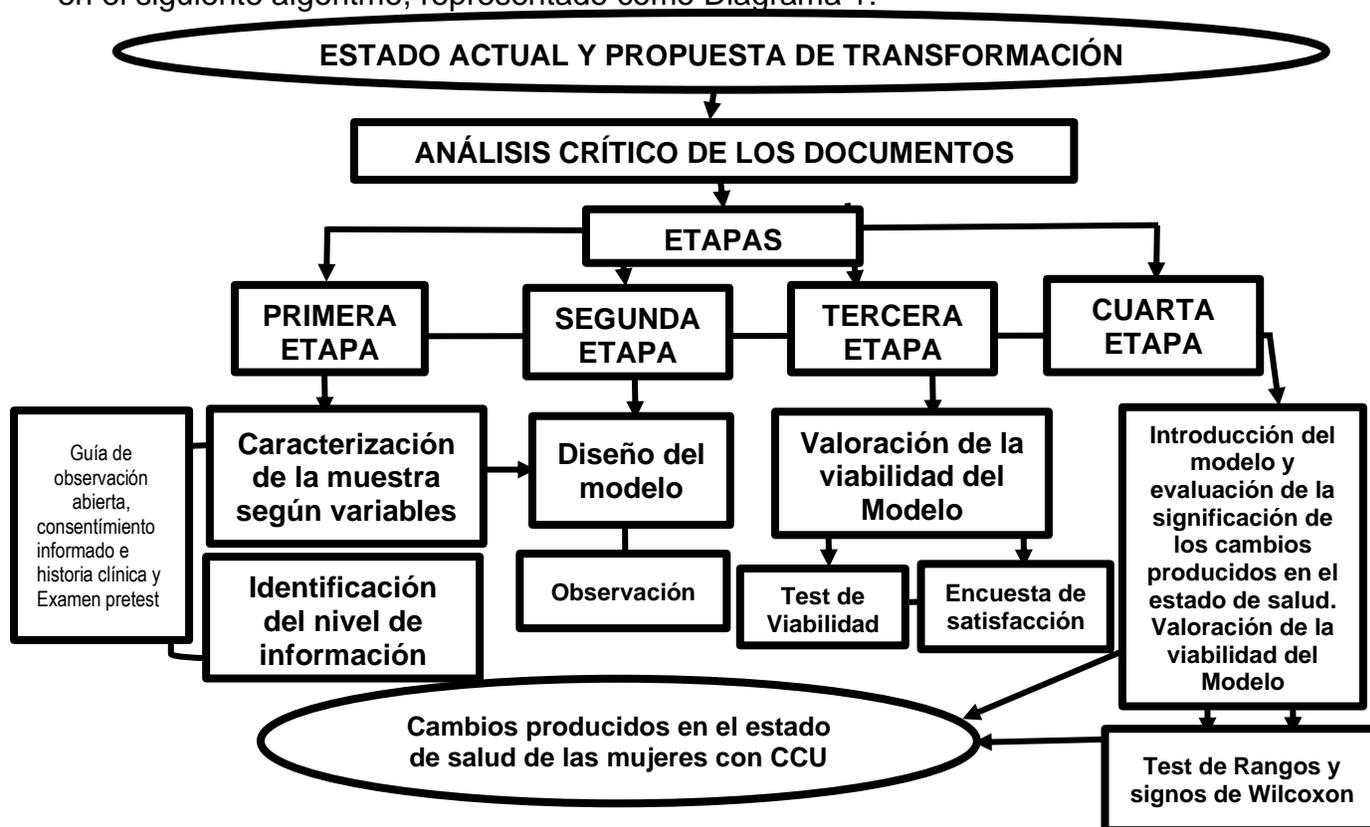


Diagrama 1. Estado actual y propuesta de transformación

Con relación a la validación de los instrumentos utilizados en la presente investigación, se plantea que los manejados: Test de *Lawton y Brody*, Test de viabilidad y Test de *Wilcoxon*, se aplicaron sin alteraciones de su contenido. La encuesta para medir nivel de información, la guía de observación abierta a la actuación del personal de Enfermería en el cuidado y cuidado continuo a la mujer con CCU, el consentimiento informado y la encuesta de satisfacción se encuentran referenciados en la bibliografía incluida en la memoria escrita.

2.1. Identificación de los referentes teóricos que sustentan los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres con CCU

Para realizar esta identificación se utilizaron los referentes teóricos conceptuales que sustentan los cuidados continuos de Enfermería a las mujeres incluidas en el estudio. De esta identificación, llevada a cabo a través del análisis crítico de documentos rectores ^(Anexo 8) se obtuvieron los relacionados con CCU, su etiología y fisiopatología; epidemiología del VPH; el diagnóstico de las lesiones pre malignas, y criterio diagnóstico.

La biopsia en el diagnóstico final de las lesiones pre cancerígenas. Exámenes auxiliares como la citología cervical, inspección visual, las pruebas moleculares, la colposcopia y la estratificación de las lesiones. Se extrajo información sobre los estadios del cáncer de cuello, y el tratamiento utilizado en este tipo de cáncer. Se desglosó información conceptual sobre las acciones preventivas en la APS, sobre los cuidados continuos de Enfermería, los aspectos psicológicos de Enfermería, las teorías del cuidado y los supuestos principales de las teorías del cuidado abordadas. Se abordaron, además, los modelos en salud.

Para la identificación conceptual realizada se acudió a la bibliografía científica relacionada con el tema que se presenta, y desde el punto de vista contextual, a documentos congruentes como: el Programa Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero ⁽⁶⁷⁾,

Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino ⁽⁶⁸⁾, Programa Integral para el Control del Cáncer Cérvico Uterino ⁽⁶⁹⁾, Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba ⁽⁷⁰⁾, Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. ⁽⁷¹⁾

De este proceso se derivaron las variables de estudio y su conceptualización: edad, modelo (variable independiente), estado de salud (variable dependiente), manifestaciones clínicas del CCU, cuidados de Enfermería, cuidados continuos, nivel de información, viabilidad, y satisfacción con el cuidado continuo recibido.

2.2. Caracterización de la muestra en el estudio según edad, estado de salud, manifestaciones clínicas, cuidados de Enfermería y cuidados continuos recibidos

Con el objetivo de realizar la caracterización de la muestra de estudio según edad, manifestaciones clínicas y estado de salud, se utilizó la historia clínica de las mujeres incluidas en el estudio ^(Anexo 9). Para obtener información relacionada con el cuidado recibido se acudió a la guía de observación abierta a la actuación del personal de Enfermería en el cuidado a la mujer con CCU ^(Anexo 4).

Los resultados obtenidos en la caracterización planteada se expresan como sigue:

Tabla 1. Mujeres con CCU según edad. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=12)

EDAD	n.º	%
25-29	0	0
30-34	0	0
35-39	1	8,33
40-44	4	33,33
45-49	3	25,00

50-54	2	16,67
55-59	2	16,67
Total	12	100,00

Fuente: historias clínicas

Como se aprecia en la tabla 1; el rango de edad preponderante fue el de 40 a 44 años con 33,33 % en 4 de las 12 mujeres identificadas. Este resultado obtenido coincide con los alcanzados por Hurtado, ⁽⁷²⁾ relacionado con el conocimiento y actitudes sobre medidas preventivas del cáncer de cuello uterino en mujeres, respecto a la edad, encontraron un mayor porcentaje entre las edades de 30 – 49 para un 59,8 %.

Cieza ⁽⁷³⁾, encontró que el 33,3 % pertenece a trabajadoras cuyas edades oscilan tanto de entre 20-29 años, y entre 30-39 años. El 21,2 % pertenece a las trabajadoras cuyas edades oscilan entre 40-49 años, y solo el 12,1 % a las edades de entre 50-59 años. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Nuñez A ⁽⁷⁴⁾, donde se halló que el 43,3 % de su población en estudio, tenía entre 20 a 29 años; así mismo, el 39,3 % de su población tenía más de 30 años. Datos similares son los obtenidos por Cruz, donde su población en la mayoría tuvo más de 30 años con un 65,3 % seguido de 20 a 29 años con un 32 %. ⁽⁷⁵⁾

Cayllahua ⁽⁷⁶⁾, observó que las características demográficas como la edad, tuvo un predominio de 10 a 19 años para un 24,5 %, de 20 a 35 años, 43,3 % y mayores de 35 años, 32,2 % según la muestra estudiada.

Según la opinión de la autora, el resultado obtenido en la presente investigación se debió a la ocurrencia del CCU en mujeres sexualmente activas, relacionadas con la infección del VPH y con otros factores de riesgo como: la conducta sexual (inicio precoz de las relaciones

sexuales, múltiples parejas sexuales), paridad (edad del primer parto, gran múltipara), infecciones de transmisión sexual, depresión del sistema inmunológico, desnutrición, tabaquismo, uso de contraceptivos por más de 10 años y afecciones benignas del cuello mal tratadas.

Tabla 2. Mujeres con CCU según estado de salud. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=12)

ESTADO DE SALUD	n.º	%
Bueno	7	58,33
Regular	3	25,00
Malo	2	16,67
Total	12	100,00

Fuente: examen pretest. Escala de *Lawton y Brody*

En la tabla 2, se muestra un predominó del estado de salud bueno de la muestra de estudio, representado por siete (7) mujeres para un 58,33 %. En investigación titulada, Cuidados continuos. Un modelo de atención integral se aprecia que la atención integral a la paciente oncológica se inicia en el diagnóstico, continúa a lo largo del proceso evolutivo y tiene especial énfasis en las fases avanzadas y finales, como componente esencial en el tratamiento del cáncer. ⁽³⁹⁾

El control de síntomas no sólo constituye una exigencia ética, sino que también supone un factor pronóstico de la enfermedad, pues ya ha sido demostrado que la mejor respuesta y tolerancia a los tratamientos oncológicos, aun sólo con la estabilización del proceso neoplásico, se obtiene al presentar las mujeres un buen control de síntomas y una adecuada nutrición. ⁽³⁹⁾

Se procurará individualizar al máximo la actitud a tomar al considerar el estado general,

enfermedades acompañantes, tratamientos previos, intervalos, edad biológica, para producir la menor toxicidad aguda posible, y también, hecho que sería favorable, involucrar a la persona y familia en la toma de decisiones, para lo que debe primar, el beneficio clínico que se espera obtener, sobre la toxicidad del tratamiento a aplicar. ⁽³⁹⁾

Desde 1968, el Ministerio de Salud Pública desarrolla un Programa Nacional dirigido al diagnóstico precoz de esta dolencia, el que ha logrado notables resultados. Cuba es hoy el país de América Latina que presenta la más baja tasa de mortalidad por esta enfermedad ⁽⁷²⁾. El factor fundamental radica en realizar a tiempo el diagnóstico del CCU, por ello, es la mujer y la conciencia ganada en el autocuidado de su salud, lo que inclinará la balanza a favor de la detección precoz de esta enfermedad. ⁽⁴⁰⁾

El diagnóstico precoz del cáncer permite lograr una mejor calidad de vida, así como mantener la capacidad de trabajo, indicador este, de la necesidad de seguir las labores educativas relacionadas con el diagnóstico y métodos de detección precoz del CCU. ⁽⁷⁷⁾

En el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, provincia de Cienfuegos, se amplió la cobertura integral de los servicios ginecológicos a las mujeres con afectaciones cérvico uterinos. Además, tiene la primacía nacional en radiocirugía, otros tratamientos y diagnósticos, con lo que ya atiende un promedio de 100 mujeres por día. ⁽⁷⁸⁾

Según la opinión de la autora, el resultado obtenido en la presente investigación se debió a que las mujeres en estudio se encontraban en un estadio inicial de la enfermedad, donde las manifestaciones clínicas no resultan tan evidentes, y ofrecen dificultad para el diagnóstico.

Tabla 3. Mujeres con CCU según manifestaciones clínicas. Área de salud Policlínico

II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=12)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	n.º	%
Digestivas	2	16,66
Genitourinarias	2	16,66
Neurológicas	2	16,66
Síntomas generales	2	16,66
Asintomáticas	7	83,33
Otras metástasis	2	16,66

Fuente: historia clínica

Dentro de las manifestaciones clínicas obtenidas, se aprecia en la tabla 3, que el mayor número correspondió a las mujeres asintomáticas, representadas por un 83,33 % en 7 de ellas. Para obtener los datos ofrecidos en esta tabla, la investigadora revisó en la historia clínica de cada mujer, cada uno de los síntomas y signos que acompañaron a las manifestaciones clínicas que se ofrecen. (Anexo 10, Tabla 4)

En investigación titulada: Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas; se encontró que el dolor, es un síntoma con características especiales por su capacidad para alterar la calidad de vida, resultó ser la manifestación clínica más frecuente en múltiples estudios en los que oscilan en una frecuencia del 29 al 76 %. ⁽⁷⁹⁾

Los programas de cuidados paliativos constituyen la forma práctica más viable para lograr una adecuada atención integral, ya que estos persiguen lograr en primer lugar, el máximo control de síntomas y bienestar subjetivo, aspectos fundamentales en la preservación de la calidad de vida, tanto de la persona como de la familia. ⁽⁷⁹⁾

Geels ⁽⁷⁸⁾, encontró que se manifiestan síntomas como tos, disnea, dolor, anorexia y hemoptisis hasta en un 60 % de los casos, que aparecen de forma significativa en este tipo

de personas. De Palo ⁽⁷⁹⁾, refiriéndose a las manifestaciones clínicas, mostró que la principal fue el sangrado genital para ambos grupos de estudio. El dolor no representó una molestia frecuente y se ve reflejado en los resultados. La presentación clínica del carcinoma de células escamosas es asintomática al inicio, después el síntoma más frecuente es hemorragia esporádica. El 15 % de las mujeres son asintomáticas. Se plantearon en relación con los síntomas, los problemas como estreñimiento y diarrea en un porcentaje muy bajo de la población estudiada, tal vez dado por el tipo de tratamiento al cual fueron sometidas y al momento en el cual se realizó la medición. ⁽⁷⁹⁾

Esta situación, según la opinión de la autora, se debió a que en el estadio inicial de esta enfermedad las mujeres son asintomáticas, en etapas más avanzadas aparecen los síntomas según la localización de la enfermedad.

Tabla 5. Cuidado de Enfermería recibido según mujeres con CCU. Área de salud Policlínico Il Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=12)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	n.º	%
Aceptables	9	75,00
Inaceptables	3	25,00
Total	12	100,00

Fuente: guía de observación abierta

El cuidado aceptable, representado por el 75 % en la muestra de estudio, ofrecido en la tabla 5, resultó de la medición realizada, el de mayor representatividad.

Difour ⁽⁸⁰⁾, en estudio: Evaluación de la calidad de la atención de Enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia, exhibe que al tener en cuenta la dimensión cuidados proporcionados a las personas tratadas con quimioterapia según grupos etarios, obtuvo un predominio de la calidad de la atención buena (67,7 %), seguida de la calidad excelente

(30,3 %). La calidad de la atención brindada por el personal de Enfermería, a partir de la opinión de las personas tratadas con quimioterapia según sexo, fue buena para 67,7 % de los que la recibieron. La mayoría de las personas (98,0 %) se sintieron satisfechos con la atención brindada por parte del profesional de Enfermería. ⁽⁸⁰⁾

Lastre-Amell ⁽⁸¹⁾, evidenció que el papel del personal de Enfermería en el apoyo a las mujeres en su situación de salud es fundamental, para mediante estrategias de educación en salud, brindar la información adecuada, además de ofrecer cuidado humanizado, escuchar sus sentimientos, e identificar sus entornos y realidades socioeconómicas.

Las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix necesitan del acompañamiento, ayuda y atención. Además, se debe trabajar en estrategias en conjunto con los profesionales de la salud, implementar acciones de promoción de la salud a los distintos estratos socioeconómicos que contribuyan a una mejor calidad de vida de las mujeres y disminuyan los factores que son modificables. ⁽⁸¹⁾

Autores demostraron que, en la práctica de cuidado, el proceso de pensamiento conduce a que se produzca razonamiento en todas las fases del proceso de Enfermería, al asumir la responsabilidad para interpretar con precisión las respuestas humanas, con el fin de seleccionar la adecuada evaluación de intervenciones y resultados logrados. ⁽⁸²⁾

Estudio en relación con empatía, soledad, agotamiento y satisfacción con la vida en enfermeras chilenas de cuidados paliativos y servicios de atención domiciliaria, se destaca que el rol de Enfermería cumple un factor importante en el momento de brindar los cuidados paliativos, aunque la percepción y el sentimiento que reflejan al brindar este cuidado es de impotencia; las profesionales de Enfermería realizan todo el plan de atención en compañía de la familia, y explican paso a paso qué se debe hacer para cada uno de los cuidados. ⁽⁸²⁾

El profesional de Enfermería mantiene un contacto directo y prolongado con la persona y

familiares, es la primera en satisfacer sus necesidades y, en consecuencia, establece vínculos afectivos. ⁽⁸³⁾ Se convierte en una persona esencial en el entorno de la persona afecta, la cual siente una necesidad y afinidad hacia su cuidador. Este vínculo impacta de forma positiva en la mejoría de la persona, al generar confort en su calidad de vida. ⁽⁸⁴⁾

La empatía enriquece la relación con las personas, facilita su colaboración en el tratamiento y mejora la atención sanitaria. ⁽⁸⁵⁾ Esta habilidad fomenta buenas relaciones humanas, y hace que el cuidado de la salud aumente de manera positiva. ⁽⁸⁶⁾

La situación obtenida, en opinión de la autora, se relaciona con el rol del personal de Enfermería en la atención integral a la persona y su familia, basada en alta calidad humana y científicidad con el empleo del método científico de la profesión en sus procedimientos, desde la valoración, el diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, en cada estadio de la evolución de la enfermedad y necesidades de toda mujer con CCU.

Tabla 6. Cuidados continuos recibidos. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=12)

CUIDADOS CONTINUOS DE ENFERMERÍA	n.º	%
Aceptables	2	16,67
Inaceptables	10	83,33
Total	12	100,00

Fuente: guía de observación abierta

La identificación de los cuidados continuos obtenida y que se presenta en la tabla 6, predominó la categoría inaceptable, representada por 10 mujeres de la muestra de estudio, para un 83,33 % que recibieron este tipo de cuidado.

Maganto ⁽³⁹⁾, en Cuidados continuos. Un modelo de atención integral; enfatiza en destacar que todas las unidades asumen los cuidados continuos como una práctica habitual de la

Oncología Clínica diaria, con un seguimiento hasta la fase final en el 94 % de los casos (54 unidades); al realizar los ingresos en las camas asignadas a oncología, de las personas en situación muy avanzada y siempre que la situación lo requiera.

Respecto a la conexión Oncología con Atención Primaria: un 29 % la mantienen mediante informes y el resto (41 unidades) mantienen una comunicación más fluida con el uso del teléfono, fax, e-mail y desarrollan sesiones y cursos. ⁽³⁹⁾

Programas de Atención a Domicilio al paciente avanzado: a) no lo tienen, 11 unidades (19 %), y b) sí lo tienen el 81 % de los centros, por lo que la provisión de este servicio es muy variada. Destacan un dato significativo e impensable hasta hace poco tiempo, 16 de las 58 Unidades Oncológicas que responden, tienen personal clínico específico asignado para la realización de los cuidados continuos. ⁽³⁹⁾

De todo lo presentado se puede concluir que existe una constante y creciente atención de las demandas asistenciales, procurándose una atención integral de la persona oncológica por parte de la propia especialidad; con un peso estructural y asistencial tan importante, como las unidades recogidas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y que no están conectadas con los servicios de Oncología. ⁽³⁹⁾

En último lugar, y como dato positivo, hay que destacar una relación cada vez mayor con Atención Primaria, lo que puede generar un desarrollo profundo de los cuidados continuos, entendidos como una atención continua y coordinada a lo largo de todo el proceso evolutivo tumoral; que se inicia con la prevención primaria y secundaria, y termina con la atención en la fase final de la vida, y el seguimiento del duelo; atención con un enfoque multidisciplinario y al unir los dos niveles asistenciales en un objetivo común. ⁽³⁹⁾

Según Maganto ⁽³⁹⁾, los cuidados continuos constituyen la atención integral de la persona enferma en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social. Este tipo de

cuidado se realiza en todas y cada una de las fases de la enfermedad oncológica: diagnóstico, tratamiento sistémico y de radioterapia, tratamientos de soporte, control sintomático, cuidados paliativos del enfermo en fase avanzada y atención en la etapa final de la vida. ⁽³⁹⁾

Varios estudios ^(87,88), realizados sobre personas afectas de cáncer, han evidenciado tres cuestiones básicas sobre los que resaltan todas sus demandas asistenciales y que deberían constituir principios de actuación clínica como son:

- buenos cuidados profesionales,
- cuidado centrado en la persona, el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos de la persona,
- cuidado holístico, dirigido a las necesidades y deseos de la persona.

Los resultados obtenidos se debieron, según opinión de la autora de la presente, a la insuficiente información del personal de Enfermería sobre la temática del cuidado continuo.

2.3. Identificación del nivel de información del personal de Enfermería sobre los cuidados continuos a las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino

Para realizar la identificación propuesta, se aplicó un cuestionario estructurado relacionado con el nivel de información del personal de Enfermería sobre el cuidado a la mujer adulta con CCU, (personal declarado en la muestra de estudio). ^(Anexo 7)

Tabla 7. Nivel de información del personal de Enfermería sobre cuidados continuos a mujeres con CCU. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=28)

NIVEL DE INFORMACIÓN	n.º	%
Alto	5	17,86
Medio	8	28,57

Bajo	15	53,57
Total	28	100,00

Fuente: cuestionario estructurado

En cuanto al nivel de información del personal de Enfermería sobre los cuidados continuos a la mujer con CCU, presentado en la tabla 7, se obtuvo predominio del nivel de información bajo, con un 53,57 %, representado por 15 profesionales.

Hernández-Millán ⁽⁸⁹⁾, en Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de CCU en mujeres de Cumanayagua, constató que el 92,15 % poseía desconocimiento sobre el CCU, de ellas el 58,82 % con conocimientos regulares y el 33,33 % malos. El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva, con una sobrevida a cinco años promedio de 91,5 % de los casos de mujeres con cáncer localizado, y sólo un 12,6 % de aquellos con invasión a distancia ⁽⁸⁹⁾.

En estudio titulado: El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica; se encontró que, entre los 520 profesionales de la salud estudiados, la media de conocimiento total fue de 4.74 puntos (IC 95 % 4.57-4.88) en una escala máxima de 10; el grado de conocimiento entre los médicos de especialidades clínicas, fue mayor (=5.21, IC95 % 4.81-5.60), en comparación con las trabajadoras sociales (=3.07, IC95 % 2.31-3.82). ⁽⁸⁷⁾

La muestra de profesionales de la salud del estado de Morelos considera un porcentaje menor a 55 %, que el Cáncer Cervical es un problema de salud pública en México (30 % de las trabajadoras sociales, en comparación con 60 % de médicos especialistas). Asimismo, la mayoría identifica la prueba de tamizaje como medio para la prevención secundaria de cáncer cervical. ⁽⁸⁷⁾

Los datos muestran que existe un mayor conocimiento sobre las condiciones necesarias

para la obtención del *Papanicolaou* entre enfermeras especialistas (76 %) y generales (74,8 %), en comparación con los médicos familiares (32,6 %). La periodicidad con la que las mujeres deben hacerse la prueba, en la mayoría de los casos se postula menor a un año, y existe un pobre consenso en torno al período de edad en el que se debe obtener dicha prueba. ⁽⁸⁸⁾

En opinión de la autora, los resultados obtenidos se debieron a la carencia de capacitación sobre el tema de los cuidados continuos relacionados con el CCU. A partir de los resultados obtenidos en la variable identificada, se diseñó un programa de capacitación para resolver las dificultades en el nivel de información del personal de Enfermería, sobre el cuidado continuo a la mujer con CCU, muestra de estudio. ^(Anexo 11)

Desde el punto de vista estructural, el programa incluyó: título, comité académico, duración en horas, modalidad, objetivos, temas, contenidos y bibliografías. En relación con el título otorgado a este documento, se propuso: Por un mejor cuidado continuo en la atención a la mujer con CCU desde la perspectiva de Enfermería. Se incluyó como modalidad, la de tiempo parcial para no afectar la actividad asistencial.

Las horas otorgadas a esta actividad obedecieron a las estipuladas en la fecha de comienzo de la investigación. La organización, horario y calendario de actividades utilizó como formas de organización de la enseñanza, la conferencia y la clase práctica, concluye con examen teórico.

El objetivo general trazado correspondió al segundo nivel de asimilación del conocimiento y se relacionó con instruir a este personal en las acciones y actividades propuestas para contribuir al cuidado continuo a la mujer con CCU en el contexto comunitario.

Los contenidos impartidos se relacionaron con el estudio de los documentos rectores de la atención integral al CCU en la comunidad. Se analizaron las vías para la creación de

conductas generadoras de salud a través de acciones y actividades dirigidas a lograr modificaciones del estado de salud en estas mujeres. Dispensarización de estas, tratamiento y seguimiento en consulta y terrenos individuales. El programa del curso fue implementado y participaron todos los profesionales de Enfermería incluidos en la investigación.

2.4. Diseño del Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU. Propuesta de transformación

En el diseño de la propuesta se valoró la necesidad de un Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU; se utilizaron los principales conceptos y definiciones de autores ^(32, 61, 60, 63, 56, 90, 91, 92), con el propósito de hacer énfasis en el desarrollo de acciones y actividades como vías instrumentadas para alcanzar la propuesta deseada, para lograr relacionar su conocimiento con las demandas que se presentaron a este grupo poblacional, el desarrollo del proceso de análisis lógico-reflexivo del pensamiento hipotético deductivo, la explicación, la búsqueda de argumentos y de alternativas, todo lo cual permitió lograr la incursión sistémica del actuar de Enfermería, en virtud de la solución de los problemas del cuidado continuo que se presentaron en este grupo.

En el diseño del modelo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- a) concreción de la información epidemiológica esencial sobre el cuidado continuo desde la perspectiva de Enfermería en la comunidad,
- b) perfeccionamiento del cuidado continuo,
- c) aproximación a la solución del problema de la incidencia del CCU en la población y área de estudio,
- d) modificación del aspecto dinámico del desarrollo del objeto con el establecimiento de las

relaciones que se logran entre cada elemento de la propuesta que se aproxima, así como la retroalimentación que se desarrolla en el área de estudio,

e) estado de salud.

El modelo se diseñó desde un enfoque científico con el propósito esencial de dirigir el trabajo hacia la transformación del objeto temporal y espacial ubicado, desde un estado real hasta un estado deseado, mediante la utilización de determinados recursos y medios que responden a determinadas líneas directrices.

En la puesta en práctica del modelo creado, se implementaron acciones y actividades que lo componen, y se evaluó el logro de los objetivos con la evaluación de lo planificado, por medio del criterio de medida, en dependencia de las características de la situación en que se produjo la acción. Se estableció la dirección estratégica, encaminadas a resolver los problemas detectados.

Diseño de intervención

Se asumió el concepto de Modelo de cuidado de Enfermería de *Kuerten*.⁽⁶²⁾ Se adaptó éste al cuidado continuo⁽³²⁾ y se reelaboró el concepto de cuidado continuo de Enfermería por la autora de la presente investigación, se define entonces como Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU: la elaboración de un conocimiento que favorece el cuidar desde el mantener las creencias, conocer, estar con, hacer por y posibilitar bienestar, de manera sistemática, integral, desde el punto de vista holístico, al atender las necesidades en cada una de las fases de la enfermedad, tratamientos de soporte, control sintomático, en la etapa final de la vida, de la persona y a su familia, sustentado en el Proceso de Enfermería y en el respeto a la relación meta paradigática que se establece entre profesional de Enfermería-persona-familia-salud-entorno, a todos los niveles.

Procedimientos generales para la ejecución del Modelo

El modelo fue implementado por el personal de Enfermería del área de salud en estudio, y liderado por la investigadora.

Durante las sesiones con las mujeres con CCU, la autora, quien actuó como coordinadora general del estudio, facilitó el trabajo en los diferentes Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia, con la realización de las acciones y actividades con estas mujeres.

La intervención con el modelo se desarrolló en 11 sesiones por los profesionales de Enfermería y miembros del equipo básico de trabajo con un seguimiento quincenal durante el transcurso de la investigación.

Las sesiones fueron orientadas de forma individual, personalizadas y respondieron al requerimiento metodológico deseable en la prestación del cuidado de Enfermería. ⁽⁹⁴⁾

La duración de las sesiones de trabajo fue variable, en dependencia de la situación real de cada una. Se realizó un proceso de análisis, reflexión y síntesis de las acciones y actividades desarrolladas y se conformó la propuesta de modelo valorada por especialistas. Al estructurar la propuesta se tuvieron en cuenta los elementos siguientes:

Conceptos centrales del modelo:

Un modelo de cuidado es una estructura del conocimiento de Enfermería formada por un marco de referencia y una metodología. Posee un nivel de abstracción inferior al de la teoría, porque puede ser derivado de una o más teorías y presenta, además de un aporte filosófico y teórico, una posibilidad de planeamiento y sistematización del cuidado. ⁽⁶³⁾

Un modelo de cuidado remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la Enfermería. De esa forma, los modelos de cuidado engloban un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de la

Enfermería.⁽⁶³⁾

La elaboración del modelo de cuidados continuos que se presenta posee las mismas propiedades y necesidades que las de la construcción del conocimiento. Se necesitó, en primer lugar, comprender cómo se adquiere un conocimiento, para después poder entender el proceso de elaboración de un modelo. Para ello se acudió a la conceptualización de conocimiento como idea, noción, información, noticia, ciencia, práctica de la vida y experiencia.⁽⁹³⁾

El conocimiento es adquirido a través de varios factores, que pueden ser subjetivos y objetivos. Y es por medio de esos factores que el conocimiento es elaborado, perfeccionado, y evaluado, al ser en forma de investigación científica. El conocimiento de Enfermería puede ser adquirido de diferentes formas, o sea, es un conjunto de conocimientos empíricos y científicos que posee como factores determinantes, para su elaboración, las tradiciones o cultura, la autoridad, los préstamos de teorías de otras disciplinas, el ensayo y el error, las experiencias personales, las influencias de otros investigadores, la intuición, el raciocinio lógico y la investigación científica.⁽⁹⁴⁾

En este sentido se define raciocinio como el procesamiento y la organización de las ideas para poder llegar a conclusiones. A través de él, las personas son capaces de dar sentido a sus pensamientos y experiencias; y ese raciocinio puede ser inductivo o deductivo, o inductivo-deductivo-inductivo.⁽⁹⁵⁾ En la construcción de este modelo, se pensó primero en la necesidad de comprender cómo se elaboran sus elementos (marco de referencia o marco teórico y metodología), en momentos simultáneos, y otros, en diferentes momentos.⁽⁹⁶⁾ Se asumieron en este caso las siguientes etapas: planeamiento, desarrollo, implementación y evaluación.

Como primer paso a seguir para la elaboración de este modelo de cuidados continuos, se

tuvo en cuenta la inquietud de la investigadora en relación con algún tema que pudiera ser desarrollado, el cual surgió de su práctica o de su conocimiento previo sobre el tema: cuidado continuo de Enfermería en mujeres con CCU.

Después, se realizó la elección de los sujetos. Área: Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, municipio Jatibonico. Necesidad: alta incidencia de mujeres con CCU, demandantes de cuidados continuos de Enfermería deficitarios y del Ambiente: Consultorios Médicos de la Familia, APS. La investigadora, con la revisión de la bibliografía sobre el asunto, verificó el panorama global sobre el tema elegido y delimitó los objetivos del estudio, actividades abordadas en la primera etapa.

En la primera etapa ocurrió de manera simultánea la identificación del eje teórico, filosófico y la elaboración de un marco de referencia (o marco teórico). Se comenzó en esta etapa a desarrollar la metodología de forma teórica y sistemática. Para ello se tuvo en cuenta los términos que se describen a continuación:

Mujer con diagnóstico de CCU: persona cuya dignidad está ubicada en las esferas de ser, libertad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás, a quien, por presentar esta entidad, se le practican en dependencia de su estadio clínico, tratamientos variados: quirúrgicos, citostáticos, radiaciones o sus combinaciones y demanda cuidados.

Componente funcional: de acuerdo con el esquema adoptado para el estudio, una vez que se perfeccionó el componente teórico y se construyó el componente estructural, se trazó el cuidado continuo de Enfermería. Para su operacionalización se diseñaron indicadores empíricos que permitieron medir las intervenciones de Enfermería relacionadas con la dimensión biológica: estado de salud. Y se incluyeron las intervenciones relacionadas con la dimensión psicosocial: psicología de la mujer con CCU y espiritual.

Indicadores empíricos: la mujer presenta síntomas propios de su entidad que decrecen de

forma paulatina con el tratamiento en el caso de evoluciones satisfactorias. Alteración de la actividad física de la mujer por su incapacidad para realizar algunas de las actividades de rutina de la vida diaria, debido al desarrollo de su entidad, considerado como una agresión general hacia el organismo. Alteración del patrón del sueño y descanso, entre otros.

Desde el punto de vista clínico estas mujeres pueden presentar dolor abdominal, manifestaciones urinarias, trastornos intestinales, astenia, anorexia y hasta pérdida de peso. Para la determinación y elaboración del marco de referencia, se tuvo en cuenta la elección de los sujetos de la investigación, el ambiente y, máxime, el objetivo que se quiso alcanzar, así como el rigor y la coherencia de la investigación.

La construcción del marco de referencia se encuentra basado en conceptos y presupuestos definidos a partir de creencias, valores y del posicionamiento de la investigadora ante el tema, el cual refleja el mundo de significaciones, la forma en que se realiza el cuidado continuo en el cotidiano y cómo se pretende abordar el tema en el estudio. El marco de referencia fundamenta las acciones y actividades del modelo de cuidado continuo y orienta el mismo como un todo. Esa elaboración teórica y filosófica parte de la conceptualización sobre la práctica de la Enfermería, y exigió la búsqueda del conocimiento mediante lecturas y relecturas, de la elaboración y reformulación del soporte teórico y filosófico hasta que se expresó en sus cuatro conceptos básicos (sujeto, ambiente, cuidado continuo y Enfermería) la situación estudiada.

Proporcionándose la evidencia necesaria para poder fundamentar, orientar y aclarar sus acciones y actividades, señalar y justificar por qué se seleccionó un determinado problema de estudio. También permitió profundizar, por medio de los conceptos, formas de orientar las acciones de Enfermería, y obtener así, una construcción mental lógica organizada. La preparación del marco de referencia se realizó durante todo el proceso de diseño del modelo

de cuidado continuo.

En la primera etapa, el marco de referencia se seleccionó, reflexionó y pre elaboró. En la segunda etapa se elaboró y aplicó. Para cumplir con esta actividad, se tuvo en cuenta y definieron:

Situaciones que requieren cuidado de Enfermería y actividades para la dimensión espiritual: son los problemas desde lo psicosocial, conformadas por bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre.

El cuidado que la persona solicita debe ser humanizado; el personal de Enfermería debe tener en cuenta no solo el cuidado físico, ver a la persona como un organismo biológico, psicosocial y espiritual. Entabla con esta un diálogo vivido, aspecto que debe conservarse dentro del plan de cuidado a la persona, tener en cuenta que este diálogo puede darse a través de un encuentro entre dos personas (mujer-personal de Enfermería, mujer-familiar, familiar- personal de Enfermería), de una relación, de una presencia, de la enfermera hacerse solícita y responder.

Al establecer una comunicación autentica acontece el encuentro entre las dos personas, lo que permite desterrar lo impersonal; y se pasa del aquella o aquel al yo en primera persona con la sensibilidad requerida. El cuidado de Enfermería en evolución concreta se traduce en proporcionar el bienestar y el ser mejor de la persona atendida y de quien la ofrece.

El personal de Enfermería debe ayudar a la persona en estar y ser mejor, en el proceso de recuperación que vive; además, de esta forma será superior la relación no sólo con el personal, sino también con los familiares, y podrá encontrarle sentido a la vida y a la situación vivenciada, como lo afirman *Nascimento y Trentini*.⁽⁹⁷⁾ Esto se logra por medio del diálogo y debe ser más que una conversación entre dos personas, una relación en la que ocurre un verdadero compartir, una transacción intersubjetiva, una relación de un

sujeto único con otro también único. Éste se caracteriza por facilitar el establecimiento de una relación creativa personal de Enfermería -persona, esto es: encontrarse, relacionarse y estar presente, e incluir el hacerse solícito del personal y su respuesta.

En la comunidad, el encuentro verdadero del personal de Enfermería con la persona se centra en los problemas y sus soluciones, en la comunicación y en el compartir. El encuentro yo-tú es imprescindible para que la enfermera preste ayuda, para que se dé un acto de Enfermería.

Este encuentro ocurre si el uno y el otro están disponibles y desean que ocurra. Para que ocurra con calidad, las personas involucradas muestran sus características personales e individuales. Es importante considerar la amplitud de los encuentros humanos que van de lo trivial a lo significativo. ^(98,99)

El encuentro será simbólico, garantizará una auténtica intersubjetividad al decidir el personal de Enfermería no esconderse detrás de su papel profesional y de ejercer el dominio e imponer normas y rutinas, por el contrario, se esfuerce por hacer que su presencia sea percibida por la persona y su familia, como alguien que está preocupado en comprender su proceso de recuperación vivido en este momento. Este encuentro entre persona y personal de Enfermería exige que sea primero una persona disponible para otro ser humano y, segundo, un profesional con habilidades científico-técnicas.

Las solicitudes que hace la persona, ante las que el personal de Enfermería responde pueden ocurrir en forma verbal o no verbal, y también puede ocurrir en ambas direcciones: paciente-enfermera o enfermera-paciente. ^(98,100) Además, estas solicitudes pueden corresponder a la objetividad del ser y a su subjetividad. El personal de Enfermería debe estar atento y disponible para hacerse solícito de manera acertada, de forma que promueva el bienestar, comodidad, confort y el -ser mejor- de la persona.

Un caso corriente en la persona es el llamado frecuente; éste puede denotar necesidad de presencia de otro ser, miedo, inseguridad, angustia, temor, tristeza, descontento, sufrimiento, por tanto, debe tener la capacidad de responder y esto se logra al ser auténtico en su presencia, al tener una actitud percibida por la persona como dispuesto, y como resultado se da el diálogo entre los dos.

Resulta relevante que el personal de Enfermería, que es quien más trata a las personas que sufren, sepa transmitirles la dimensión positiva, de ayudarles a descubrir su meta sentido, en el que el sentido se hace razonable, para saber incorporar a sus vidas, los valores más preciados y positivos. Es necesario, previo, que este personal tenga la suficiente sensibilidad y el conocimiento de la naturaleza humana y concebir el sufrimiento, no como un factor disolvente de la persona, sino como una realidad plena de sentido, y como una oportunidad para que la persona golpeada por el dolor y el sufrimiento pueda recobrar la auto identidad y estima personal. ⁽⁹⁹⁾

El personal de Enfermería no debe decirle a una persona lo que es el sentido, pero sí puede decirle que la vida tiene un sentido e incluso que conserva ese sentido en todas las condiciones y circunstancias, gracias a la posibilidad de encontrarlo incluso en el sufrimiento, de transformarlo en el plano humano, en algo positivo. ⁽¹⁰⁰⁾

En la tercera etapa, fue testado e implementado el modelo. Para lograr esta implementación, se acudió a la fundamentación teórica de la metodología. En la metodología se asumen fundamentos de la filosofía marxista-leninista y su método dialéctico materialista aplicados a la realidad social, lo que implica comprender que la mujer con CCU es un ser histórico, social e individual, pensante, dotado de voluntad, libre y crítico. Por tanto, en la aplicación de la metodología, no se concibió como una invitada; sino implicada en ese proceso; debe conocer sus avances, posibilidades y dificultades en correspondencia con la época actual.

Los componentes estructurales que caracterizan la metodología (objetivo, fundamentación, estructura, etapas, procedimientos por etapas, e indicaciones metodológicas), se pensaron en estrecha relación, y asumidos los aspectos de la práctica clínica de Enfermería.

En la metodología se cumplió con la Teoría del Conocimiento Científico, lo que se evidencia en la elaboración de los procedimientos para el cuidado continuo, pues se utilizó la práctica como punto de partida, se analizó la realidad existente para concebir la metodología, que penetra en el conocimiento racional, al abordar en su aparato conceptual los aspectos teóricos y metodológicos necesarios para su estructuración, los que se confirman de nuevo con la práctica transformadora como criterio de la verdad en el desarrollo de sus etapas.

(101)

La concepción gnoseológica permitió la materialización del proceso de cuidado continuo, escenario donde se desarrolló la metodología. Al estudiar la interrelación del sujeto con el objeto, explica las regularidades en el proceso de la actividad cognoscitiva: los métodos, medios y procedimientos generales de los que se vale el hombre para conocer el mundo que le rodea.

En la metodología propuesta se concibe al sujeto como personalidad actuante y cognoscente, poseedor de conciencia y voluntad, y al objeto, como a lo que se orienta la actividad cognoscente. El sujeto transforma de forma activa al objeto, la base de su interacción es la práctica socio- histórica. Es en ella donde los aspectos y propiedades de la realidad se convierten en objeto, transformación que, en la actividad práctica y teórica del sujeto, permite reproducir en la conciencia, el contenido de la realidad objetiva. En esta interrelación el sujeto transforma al objeto y a su vez se transforma a sí mismo.

Además, se ponen de manifiesto las leyes de la dialéctica: unidad y lucha de contrarios como fuente de desarrollo, la de los cambios cuantitativos a cualitativos como fuente de

cambio, y la negación de la negación como tendencia del desarrollo.

En la metodología propuesta, el enfoque con que se trata el cuidado continuo permitirá que este cuidado sea significativo para el sujeto que aprende, que le propicie un crecimiento personal, que contenga un compromiso, una implicación y reflexiones que lo transformen.

“...La actividad como forma de existencia, desarrollo y transformación de la realidad social penetra todas las facetas del quehacer humano, en este sentido es que el término actividad adquiere una connotación filosófica”.⁽¹⁰¹⁾ Sobre todo si se refiere al cuidado continuo de Enfermería, que ocurre en los mismos escenarios donde se presta la APS.

En este proceso tienen lugar todas las formas de actividad: la actividad práctica, que es donde se materializan los contenidos de los que se apropia la mujer y las coloca en una posición protagónica; la actividad comunicativa, que es la base de la relación que se establece entre la persona y el personal de Enfermería, la primera se puede ver afectada, por el problema de salud que padece.

- Es importante destacar que en lo psicológico la metodología se sustenta en el enfoque histórico-cultural de la psiquis humana desarrollada por *Vigotsky*⁽¹⁰²⁾, en la teoría de la actividad de *Leontiev* y en la de formación por etapas de las acciones mentales de *Galperin*.⁽¹⁰³⁾

El método científico, PAE⁽¹⁰⁴⁾ de la profesión, como método fundamental que se propone, está en correspondencia con la educación en el trabajo; como principio básico del trabajo docente en el sector salud, y para la enseñanza de este contenido y ofrece la posibilidad de evaluar el proceso sobre la base de sus avances o retrocesos.

La metodología supone que el personal de Enfermería extraiga, de su preparación científica, todos los elementos que permitan estructurar el cuidado continuo a partir de un diagnóstico integral de su estado de salud, concebir un sistema de acciones y actividades, de manera

que, la mujer tenga el papel protagónico en la búsqueda activa y exploración del conocimiento desde posiciones reflexivas y orientar su motivación hacia el objeto del cuidado continuo. ⁽³³⁾

Exigencias de organización: disponibilidad técnica, diagnóstico clínico, planificación de las agendas de turnos (citas de las mujeres), diseño de acciones y actividades, determinación de las necesidades y potencialidades de las mujeres.

Elementos a tener en cuenta en la estructuración de la metodología:

- Evento clínico que requiere cuidado de Enfermería: desenlace del CCU manifestado en la mujer, que ocurre durante momentos de vulnerabilidad compartida entre el personal sanitario y la persona y requieren cuidado de Enfermería; el mismo se caracteriza por estar dirigido tanto al ser (personal de Enfermería), como al otro, (mujer); está encaminado hacia el bienestar de la persona.

Se realiza al responder mediante la realización de acciones y actividades intencionales que conlleven a la recuperación de su estado de salud, caracterizadas por conocimiento científico, seguridad, interacción positiva, preparación y habilidad, compromiso, ética, competencia y experiencia. ⁽¹⁰⁴⁾

- Situación que requiere cuidado de Enfermería: expresiones de la persona acerca de sus sentimientos, emociones y preocupaciones, frente al futuro y a su vida personal y laboral; ocurren durante momentos de vulnerabilidad compartida entre el personal y la persona y requieren cuidado de Enfermería.

Las expresiones de la persona son subjetivas, temporales, transitorias, individuales e irrepetible. ⁽¹⁰⁴⁾

No obstante, se incursionó, en la estadificación o etapas clínicas del carcinoma de cuello con el objetivo de centrar el cuidado del personal de Enfermería a estas etapas; lo que

contribuyó a que este cuidado pudiera ser continuo. Se diseñaron acciones y actividades específicas en sus estadios correspondientes, así como criterios de medida, para cada uno de los cuatro estadios planteados:

Acciones y Actividades

Estadios, acciones, actividades y criterios de medida del Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU

Estadio I: La enfermedad se limita al cuello uterino (incluye las subetapas IA1, IA2, IB1 y IB2).

Acciones normalizadas para la práctica de Enfermería.

Ofrecer apoyo emocional en los cuidados pre y postoperatorios, así como acompañamiento a la mujer y seguimiento.

Actividades específicas en el preoperatorio.

- Conversar con la mujer sobre la intervención a que se someterá: cuidados, preparación física, información al familiar, dieta, tiempo de duración de la intervención, riesgos quirúrgicos y anestésicos, factibilidad de la operación para su evolución clínica, hábitos tóxicos, e ingestión de anticoagulantes.
- Medir los parámetros vitales e interpretación de resultados.
- Valorar el estado nutricional, integridad de la piel y movilidad.
- Realizar ejercicios que mejoren la circulación.

Actividades normalizadas para la práctica de Enfermería específicas en el posoperatorio.

- Mantener a la mujer en posición adecuada.
- Observar los estados físicos y psicológicos: ansiedad, stress.
- Garantizar entorno confortable.

- Monitorizar parámetros vitales.
- Control del dolor.
- Mantener la movilización precoz.
- Proporcionar suplementos nutricionales adecuados e información exhaustiva de la cirugía realizada.
- Explicar continuidad de otros posibles tratamientos y servicios, así como elementos relacionados con la condición laboral (certificado médico, comisión médica).
- Enseñar a los familiares el papel que desempeñan en la recuperación de la mujer.

Estadio II: El cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino a la parte superior de la vagina o al tejido próximo al cuello uterino (parametrio), pero no a una pared lateral de la pelvis (incluye las subetapas IIA1, IIA2 y IIB).

Acciones normalizadas para la práctica de Enfermería

Ofrecer cuidados de Enfermería al enfrentarse la mujer a la radioterapia.

Actividades específicas.

En casos de eritema,

- Evaluar de forma planificada los cambios en la integridad de la piel en la zona irradiada.
- Ofrecer higiene diaria con jabón neutro.
- Evitar frotar la piel con objetos abrasivos: esponjas, geles, colonias, lociones, cremas.
- Usar en el afeitado, si procede, la maquinilla eléctrica.
- Airear la zona expuesta a tratamiento, evitar humedad.
- La ropa en contacto con el área de irradiación debe ser holgada, de hilo o algodón, se debe evitar accesorios que compriman: sujetador, cinturón, tirantes.

En casos de descamación,

- Aplicación de compresas de agua de manzanilla fría (una bolsita por litro de agua).
- Evitar la exposición del área irradiada al sol. En casos de descamación húmeda,
- Curar de forma local con suero fisiológico, tul graso o pomada antibiótica (en dependencia del grado).
- Prescribir medidas específicas de higiene, según la zona afectada: recto, periné.
- Evitar la utilización de esparadrapos y vendajes, sustituyéndolos en las curas por mallas de sujeción.

En efectos tardíos,

- Evitar traumatismos de la zona irradiada.
- En caso de exposición de la piel al sol, utilizar cremas con alto índice de protección solar.
- Mantener la piel hidratada y elástica, con una crema con alto contenido graso.

Cuidados de Enfermería estandarizados en oncología radioterápica. En falta de conocimientos sobre el tratamiento,

- Explicar el efecto terapéutico del tratamiento RT (Protocolo de información).
- Enseñar la unidad de tratamiento.
- Informar de los efectos secundarios.
- Aclarar dudas.
- Invitar a expresar sus sentimientos.
- Mantener una actitud positiva hacia la mujer.
- No subestimar ni negar su problema.
- Fomentar la comunicación familiar.
- Fomentar la relación con otras mujeres con enfermedad similar.

En alteración de la salivación,

- Enjuagar con agua de manzanilla.
- Higienizar de forma oral para procurar que los estímulos físicos accedan a los receptores del sabor.
- Desbridar de forma mecánica con un cepillo de dientes suave.
- Usar un rociado de agua antes y durante las comidas.
- Proporcionar una dieta que pueda física y de forma psicológica estimular la secreción salival.

En riesgo de ansiedad/miedo al tratamiento,

- Hablar a menudo con la mujer (y si es posible, a diario).
- Enseñar técnicas de relajación.
- Mantener un ambiente relajado en la sala de espera.
- Utilizar distracciones: música, lectura, TV.
- Derivar al equipo de salud mental, si es preciso.
- Examinar la cavidad oral: dos veces/semana.
- Vigilar signos y síntomas de mucositis.
- Explicar medidas higiénicas: suprimir consumo de alcohol, tabaco y colutorios comerciales, mantener los labios húmedos con cacao o vaselina (limpiándolos para el tratamiento), realizar limpieza oral después de las comidas con un cepillo suave y crema fluorada, realizar enjuagues y gargarismos seis u ocho veces/día con una solución de un litro de agua + una cucharada de sal y una cucharada de bicarbonato de Sodio, hacer profilaxis de las caries por irradiación con fluoración dental, mediante la aplicación de un gel de flúor, en moldes personalizados, todas las Noches, Molgramostim en enjuagues, como protector de la mucosa.

En riesgo de alteración del estado nutricional,

- Pesarse una vez por semana.
- Ingerir líquidos adecuada: dos a tres litros/día.
- Seleccionar alimentos con alto contenido en proteínas y carbohidratos.
- Valorar la disminución de la ingesta (anorexia), alteración del gusto, xerostomía, mucositis, odinofagia, disfagia.

En riesgo de alteración de la mucosa genital,

- Vigilar signos y síntomas de mucositis.
- Explicar medidas higiénicas: limpiar la zona con agua corriente y jabón neutro, mantener la zona seca y aireada, no utilizar ropa interior sintética ni compresas de plástico, aplicar compresas o baños de asiento de agua de manzanilla a temperatura ambiente, informar de la importancia de la anticoncepción durante el tratamiento y dos años después de finalizar.

En riesgo de disfunción sexual,

- Informar sobre la conveniencia de seguir sus relaciones sexuales durante el tratamiento.
- Aconsejar la utilización de lubricantes.
- Realizar las relaciones sexuales sólo con una frecuencia adecuada, para evitar estenosis vaginal.
- Indicar la necesidad de utilizar dilatadores vaginales, tipo *Tampax*, si no se mantiene relación sexual, como prevención de estenosis vaginal.

En riesgo de alteración en la eliminación: Diarrea,

- Valorar el patrón habitual de ritmo intestinal.
- Valorar el patrón de diarrea: inicio, duración, frecuencia, dolor, entre otros.
- Valorar dieta sin lactosa, baja en grasas y residuos.

- Comenzar la dieta el primer día de tratamiento y mantenerla hasta dos semanas tras finalizar el tratamiento.
- Ingerir los alimentos fríos o a la temperatura ambiente.
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco.
- Usar antidiarreicos.
- Ingestión diaria de líquidos de hasta tres litros.

En casos de Cistitis,

- Radiar con la vejiga llena.
- Vigilar la aparición de infecciones: sedimentos, urocultivos.
- Prevenir la fibrosis con ejercicios de distensión vesical, para retener la orina.
- Realizar lavados vesicales, cuando se producen espasmos secundarios a excreción del tumor.

En riesgo de alteraciones de la nutrición e hidratación,

- Pesarse una vez a la semana.
- Atender a factores psicológicos y sociales que pueden afectar las ganas de comer.
- Comer en pequeñas y frecuentes dosis (cada una o dos horas).
- Comer alimentos que sean altos en proteínas y carbohidratos.
- Ingerir abundantes líquidos, pero de ser posible, fuera de las comidas.
- Evitar calorías vacías.
- Estimular el apetito con ejercicio ligero (caminar).
- Probar suplementos de nutrición diferentes de los disponibles en el comercio.

Estadio III: El cáncer se ha diseminado a la parte inferior de la vagina o de forma completa a través del parametrio a alguna pared lateral de la pelvis (incluye las subetapas IIIA y IIIB).

Acciones normalizadas para la práctica de Enfermería

Ofrecer cuidados de Enfermería al enfrentarse la mujer a la quimioterapia.

Actividades específicas.

- Informar de forma detallada a la mujer y sus familiares sobre el protocolo de tratamiento (fármaco a emplear, ritmo, modalidad de administración y efectos colaterales)
- Controlar peso y talla para determinar superficie corporal.
- Cerciorarse de la realización de exámenes complementarios y sus resultados.
- Revisar hoja de indicación del esquema de protocolo.
- Recibir el producto y verificar datos de la mujer según normas.
- Preparar material y equipo para la técnica venipuntura y llevarlo al lado de la mujer.
- Canalizar vena en los sitios que se orientan para la venipuntura, cerciorarse de la permeabilidad de la vena y colocar el suero o jeringuilla.
- Administrar esquema antiemético según indicación.
- Cumplir con las normas establecidas de protección del personal.
- Administrar los fármacos con intervalo de cinco a 10 minutos, previo lavado de la vena para evitar interacción química entre los medicamentos y mejor tolerancia de la vena; se debe administrar de forma lenta para evitar excesiva presión sobre la pared de la vena.
- Tener preparado el medicamento como anticonvulsivantes, antipirético y esteroides.
- Anotar en historia clínica eventos adversos e interactuar con el especialista en casos de reacciones adversas severas.

Estadio IV: El cáncer se ha propagado a órganos circundantes o a tejido distante, como pulmones y ganglios linfáticos distantes (incluye las subetapas IVA y IVB).

Acciones normalizadas para la práctica de Enfermería.

Ofrecer cuidados de Enfermería a l enfrentarse la mujer a la metástasis y a complicaciones en el órgano invadido.

Actividades específicas.

En problemas respiratorios, en disnea,

Actividades:

- Transmitir tranquilidad, confianza y control de la situación.
- Aplicar medicación pautada.
- No dejar nunca solo a la mujer y atender sus demandas.
- Aflojar la ropa, soltar cinturones.
- Inducir la relajación de la persona y guiar su respiración.
- Aplicar aire fresco sobre el rostro, acercar la cama a la ventana, con ventilador, abanicar.
- Colocar en posición confortable, sentada o semi sentada, con elevación de la cabecera de la cama, con almohadas debajo del colchón, o con calzo en la cabecera de la cama.
- Dar soporte emocional a la familia.
- Adiestrar al cuidador principal para colaborar con los ejercicios respiratorios y de relajación.
- Instruir al enfermo en aquellas actividades diarias que le produzcan o aumenten la disnea, con modificación de hábitos.
- Utilizar humidificadores ambientales como el eucalipto o el mentol.
- Mantener la boca húmeda y fresca. (Ver cuidados de la boca).
- Facilitar a la familia los recursos necesarios para el manejo de la situación: medicación, teléfono de urgencia,

En retención urinaria,

Actividades:

- Colocar sonda uretral de vaciado urgente en todas las situaciones.
- Tratar las causas reversibles.
- Valorar de forma sistemática si la mujer está en coma, estuporosa y con compresión medular.

En dolor,

Actividades:

- Creer a la persona.

- Valorar el dolor:

Tipo de dolor: sordo, punzante, opresivo, quemazón, entre otros.

Localización.

Intensidad (Escala numérica, EVA) 0 nada de dolor y 10 el mayor dolor imaginable.

Frecuencia: cuándo apareció, cuánto dura, con qué frecuencia aparece.

- Valorar la eficacia de la analgesia administrada.
- Enseñar y respetar posturas antiálgicas.
- Asegurar que tiene pautados laxantes si toma opiáceos.
- Informar, educar y responsabilizar a la mujer y familia del plan terapéutico:
 - Tratamiento, vías de administración, horarios.
 - Adaptar horarios de visita y actividades a las necesidades.
- Aplicar técnicas incruentas del tratamiento del dolor que se pueden utilizar por sí solas o como adyuvantes:
 - estimulación cutánea: calor, frío, masaje.
 - distracción, relajación, entre otras.

- No usar placebos.

En piel y mucosas,

Actividades:

- Promover la movilidad de la mujer de acuerdo con su capacidad e instruir a la familia sobre la necesidad de cambios posturales y cómo realizarlos.
- En la fase agónica respetar la comodidad de la mujer, no están indicados los cambios posturales.
- Evitar la utilización de fibras sintéticas, gomas, entre otras, y la formación de pliegues y rozamientos de ropa de vestir y cama. Considerar el uso de colchones anti escaras por su elevado costo.
- Adiestrar a la familia en una higiene adecuada: fomentar el cambio de ropa, absorbentes, colectores, para evitar el contacto prolongado con la humedad y aconsejar el uso de cremas hidratantes.
- No utilizar alcohol sobre zonas expuestas al tratamiento radioterápico y aplicar cremas hidratantes en pieles no lesionadas.
- En caso de dermatitis secundaria a tratamiento, utilizar compresas empapadas en Permanganato potásico 1/10000.
- Vigilar la presencia de micosis, infecciones malolientes en zonas de riesgo (pliegues).
- Instruir sobre factores de riesgo y técnicas que favorezcan el riego sanguíneo:
 - Edemas: elevación de las extremidades inferiores, protección de talones e hidratación de la piel.
 - Palidez e isquemia: evitar el frío, proteger la zona para evitar lesiones y si afecta a extremidades inferiores, mantenerlas siempre bajas.
 - Enrojecimiento y falta de sensibilidad: evitar el calor directo y proteger para evitar lesiones.

En úlceras,

Actividades:

- Tener especial cuidado al retirar el apósito para no provocar sangrado: empapar el apósito antes de retirarlo durante tres minutos con Solución Salina + H₂O₂.
- Utilizar jeringas para verter la solución si la úlcera se encuentra cerca de una traqueotomía.
- Curar la úlcera (si no hay otra indicación):
 - Limpiar la herida con suero salino.
 - Si se utiliza gasa, hacerlo con toques suaves para no provocar sangrado.
 - Si aparece sangrado, colocar apósitos hemostáticos, compresas empapadas en H₂O₂ + Suero salino al 50%.
 - Si la úlcera es maloliente se puede utilizar apósitos o productos de carbón activado y gel de metronidazol, comercializados en farmacias.
 - Colocar sobre la herida un tul para que no se pegue el apósito y tapar.
 - Antes de cubrir la herida proteger la zona circundante con apósitos que no permitan la expansión del exudado, a veces abundante, de este tipo de úlceras.
- Si las úlceras están en lugares visibles y son desfigurantes, utilizar vendajes apropiados pero discretos.

Para reposo/ sueño,

Actividades:

- Preguntar las horas y calidad del sueño.
- Proporcionar alivio del dolor y medidas de bienestar.
- Explicar los efectos deseados de la medicación y los posibles efectos adversos (sedación, boca seca).
- Revisar medicación que toma, por si fuera la causa del insomnio; en caso necesario

consultar la prescripción.

- aconsejar medidas que inducen a conciliar el sueño: respetar horarios de sueño y descanso, el vaciamiento vesical, leche o una infusión caliente, ropa limpia, música suave, lectura, reducir la estimulación ambiental (luces, ruidos, entre otros), técnicas de relajación, masajes.
- Animar a la mujer a expresar sus sentimientos y pensamientos para reducir el nivel de preocupación que dificulta el sueño.
- Aumentar, si es posible, el nivel de actividad durante el día: pasear, hacer trabajos manuales y permanecer sentada fuera de la cama.

En trastorno de la autoestima,

Actividades:

- Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación -actuar sin prisa.
- Tranquilizar a la mujer, asegurándole que su comportamiento es normal y esperado.
- Valorar los aspectos y logros positivos del quehacer cotidiano.
- Ayudar a establecer pautas de conducta que ayuden a normalizar aspectos de la vida que estén alterados: autocuidado, participación en la vida social. Tener en cuenta la capacidad y voluntad del enfermo.
- Hacer a la mujer participe, en la medida de lo posible, en las decisiones sobre sus cuidados. Evitar actitudes paternalistas e infantilistas.
- Ayudar a la mujer en la adaptación al cambio de rol cuando lo precise.
- Invitar a la familia a realzar los valores y logros positivos de la persona.

En déficit de actividades recreativas,

Actividades:

- Informar a la familia para posibilitar y favorecer el contacto con los componentes de apoyo social: familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, voluntariado.
- Favorecer las necesidades de ocio y distracción como: tomar el sol, salir a pasear, colaborar en las tareas del hogar, escuchar música, radio, TV, viajes.
- Promover la oferta relacionada con el entretenimiento: bibliotecas, terapias ocupacionales, lugares de reunión.

En cada una de las etapas se realizará la evaluación de las acciones y actividades con el uso del criterio de medida que incluirá:

Criterios de medida

Se incluyen aquí indicadores de proceso: metodología empleada en términos de diseño de acciones y actividades, uso de parámetros metodológicos establecidos, así como cantidad de acciones y actividades desarrolladas e indicadores de resultado: cantidad de mujeres participantes y resultados obtenidos con la actividad realizada en forma de PNI: positivo, negativo e interesante

De la forma presentada en cada acción y actividad, se tributa a la concepción del cuidado continuo como vía de atención integral a la persona en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social ⁽⁹³⁾. Estas acciones y actividades fueron diseñadas para todas y cada una de las fases de la enfermedad oncológica: diagnóstico, tratamiento sistémico y de radioterapia, tratamientos de soporte, control sintomático, cuidados paliativos de la mujer en fase avanzada y atención en la etapa final de la vida. ⁽³³⁾

En la cuarta etapa el modelo fue reevaluado: los conceptos y presupuestos del marco de referencia son susceptibles de ser retomados o reelaborados cuantas veces sea necesario hasta que se obtenga la idea central del estudio y se fundamente la práctica de manera adecuada.

La metodología también es delineada en la primera etapa, sin embargo, su desarrollo ocurre en la segunda etapa, al existir la interacción entre el investigador y el sujeto de estudio, y es desarrollada de forma total. En la tercera etapa, se tuvo la oportunidad de perfeccionar la metodología propuesta y hasta cambiar métodos. La metodología se adecuó al eje teórico y filosófico del modelo, así como, a las necesidades de cuidado continuo de los sujetos de la investigación.

En la cuarta etapa se plantea volver a evaluar la metodología. La flexibilidad metodológica es una importante exigencia de estudios de esa naturaleza. El investigador necesita prestar atención a las preguntas del contexto de la investigación, confrontándolas con el conocimiento ya existente, ajustar el de cursar del proceso, de acuerdo con su análisis riguroso.

La estructura de elaboración del modelo de cuidado ⁽⁶²⁾, remitió a una visión sistemática en el desarrollo de un modelo, sin embargo, se hace necesario pensar que esa estructura no es inmóvil, por el contrario, es un proceso dinámico, en el cual pueden ocurrir de forma simultánea etapas o también pueden ser excluidas. La elaboración del modelo de cuidados continuos por el hecho de ser dinámica necesita de la interacción directa entre el investigador y el sujeto, para poder realizar los ajustes necesarios en el modelo, adecuándolo al cuidado. ⁽⁶¹⁾

La etapa de implementación del modelo en la propuesta es condición necesaria para el refinamiento de la misma, ya que permite confrontar el modelo abstracto con la realidad concreta. De ese modo, se ha presentado una propuesta para la elaboración de un modelo de cuidado a partir de la estructura anterior señalada, complementada con la descripción de sus elementos, contribuye así a la construcción del conocimiento. Sin lugar a duda, es un proceso complejo dada su unidualidad y subjetividad.

La elaboración del modelo de cuidados continuos de Enfermería que se presenta en la figura 1, es la reestructuración de un conocimiento ya preexistente, con el ser que es cuidado como protagonista, y es quien dirige cómo ese modelo va a ser finalizado. Es por lo que se resalta la importancia de la elaboración del modelo, según la lógica deductiva e inductiva concomitante.

De esa forma, la Enfermería ha buscado su afirmación a través de la actuación efectiva, al utilizar acciones y actividades evaluadas con el uso de criterios de medida y colocar a la persona y sus necesidades, como sus principales preocupaciones, enfocadas hacia su estado de salud.

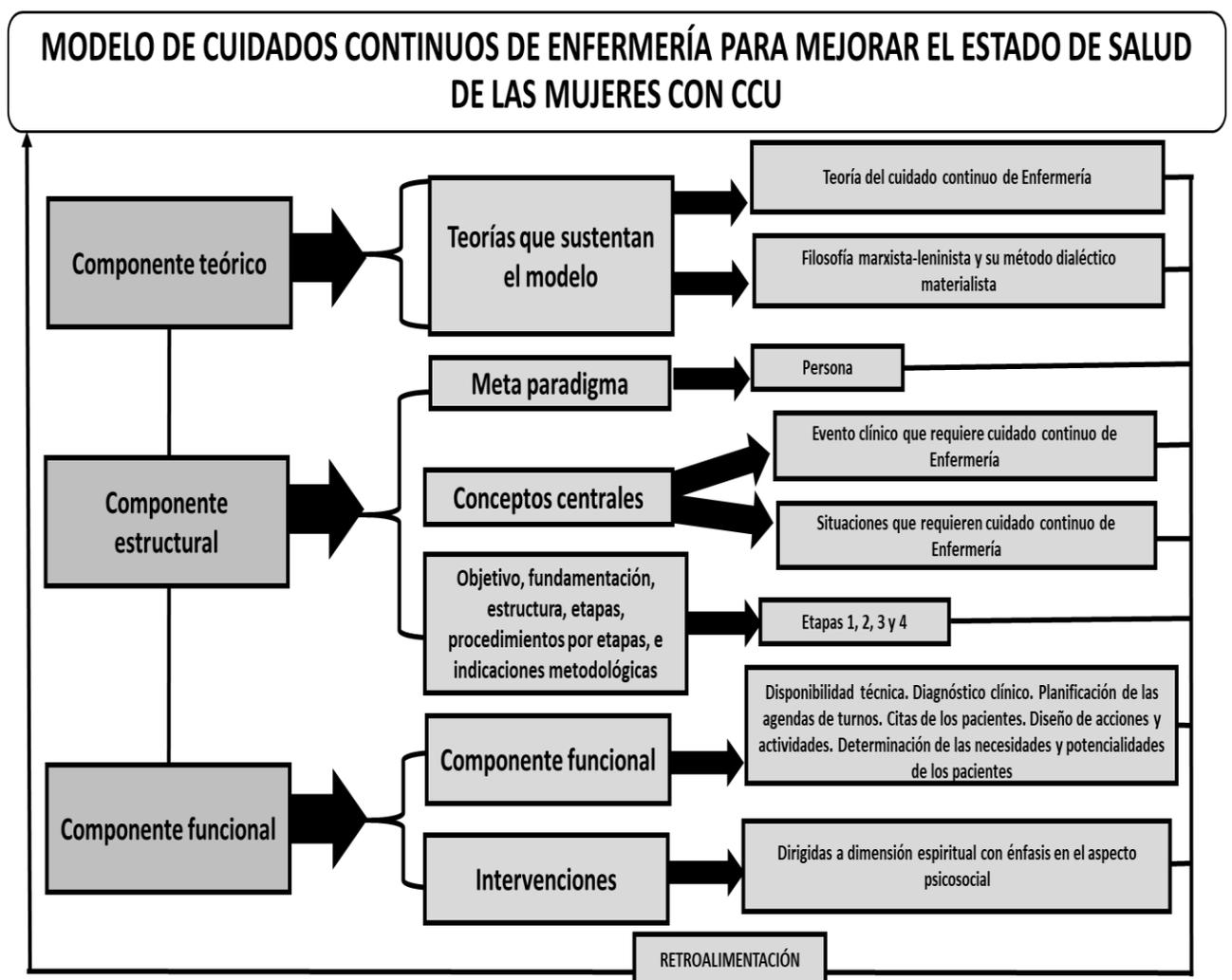


Figura 1. Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU

Conclusiones del capítulo

Los resultados de la caracterización de la muestra en estudio constataron que la edad preponderante fue de 40-44 años, prevaleció el estado de salud bueno y como manifestación clínica las asintomáticas.

El diseño del modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU en la APS, se sustenta en la Teoría de Cuidados de *Kristen M. Swanson* y concreta desde la ciencia la relación Enfermería, persona, familia, en vínculo directo con el entorno y el estado de salud, en el contexto de la Enfermería Comunitaria.

El cuidado de Enfermería recibido resultó aceptable, el cuidado continuo se consideró como inaceptable, y el nivel de información del personal de Enfermería en relación con los cuidados continuos resultó bajo.

CAPÍTULO III.

EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD DEL MODELO DE CUIDADOS CONTINUOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO

CAPÍTULO III. EVALUACIÓN DE LA VIABILIDAD DEL MODELO DE CUIDADOS CONTINUOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES CON CÁNCER CÉRVICO UTERINO

En este capítulo se introducen resultados obtenidos en el proceso investigativo relacionados con la viabilidad del Modelo de cuidados continuos; la satisfacción de estas mujeres con el cuidado recibido, la evaluación del modelo, así como los resultados obtenidos antes y después de aplicado el mismo a la muestra de estudio.

3.1 Valoración teórica de la viabilidad de la propuesta

Para constatar la viabilidad de la propuesta en el plano teórico, se realizó la técnica del grupo nominal ⁽¹⁰⁵⁾ a diez especialistas. ^(Anexo 12) El propósito fue llegar a consenso acerca de la propuesta del Modelo de cuidados continuos, para su implementación en la práctica de Enfermería. La técnica abarcó cuatro tópicos fundamentales a confirmar: ⁽¹⁰⁶⁾

- La teoría que sustenta la investigación explica la relación personal de Enfermería – mujer adulta con CCU,
- coherencia entre los datos cualitativos, los fundamentos teóricos y la construcción del modelo,
- la planificación estratégica como método para la aplicación práctica del Modelo de cuidados continuos en la mujer adulta con CCU,
- representación gráfica del modelo,

Los especialistas consideraron que mediante la teoría que sustenta el estudio, se explica la relación entre el personal de Enfermería y mujer con CCU. Se evidencia, además, como los

elementos del entorno propician que coordine el personal de Enfermería, se aporten experiencias, conocimientos y recursos para mejorar la calidad y cantidad de los cuidados continuos ofrecidos a estas mujeres y su familia.

Las mujeres con CCU se apropian de los cuidados continuos, aprenden a cuidar y a cuidarse con el apoyo, las acciones y actividades de intervención. Consideran que manifiestan la comunicación, la empatía y los valores. Entre todos cuidan, enseñan a cuidar y son cuidados. Demuestran que la interdisciplinariedad y la intersectorialidad constituyen herramientas importantes en el cuidado continuo y consolida la relación.

El modelo que se ofrece es nuevo; en él se cuida a la persona, de forma continua, lo que se evidencia durante la participación del personal de Enfermería en el cumplimiento de las acciones y actividades diarias elaboradas por la autora y su equipo de investigadores. Se observó, que es el cuidado continuo de Enfermería lo que resulta adecuado al trabajo diario del personal de Enfermería. El cuidado continuo de Enfermería a la mujer con CCU es necesario para una atención integral a estas personas lo que se logra con este nuevo modelo.

La metodología cualitativa favorece la obtención de información amplia y detallada. Las experiencias y vivencias de los sujetos ofrecen información científica para la constatación del modelo. Ofrecen criterios de que los datos teóricos conforman un sistema conducente al Modelo de cuidados continuos. Desde el punto de vista teórico se ofrece un material científico novedoso, elaborado a partir de aportaciones de los hacedores de la Ciencia de la Enfermería, cuyo tránsito rescata de forma progresiva la necesidad de un cuidado continuo a la persona.

El grupo de especialistas admite que la planificación estratégica constituye la alternativa para la puesta en práctica del modelo, pues permite identificar los problemas y priorizarlos,

identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del entorno en el que se encuentra la mujer, mediante un plan de acción para desarrollar acciones, actividades y dar solución al problema. Se involucran todos los sujetos: los que investigan, los que son investigados y permite evaluar en la misma medida en que se desarrollan las actividades estratégicas.

Según las frases del discurso:

E 3: "...considero novedosa su utilización en la práctica de Enfermería y destaca el papel protagónico del personal de Enfermería en la organización y conducción del proceso".

E 2: "...la teoría transitada resulta adecuada y se ajusta a las particularidades del estudio y modelo".

E 6: "...en la investigación se evidencia de forma clara y precisa la relación, personal de Enfermería, mujer con CCU, familia y comunidad".

E 8: "...en la investigación se aprecia la relación personal de Enfermería y proceso de atención".

E 5: "...con la aplicación del modelo que se ofrece se mejora el estado de salud de la paciente".

E 1: "...la aplicación de los cuidados continuos de Enfermería en las pacientes oncológicas mejora el estado de salud de las mismas".

E 4: "...la utilización de los cuidados continuos de Enfermería en mujeres con CCU, favorecerá la evolución de su estado de salud".

E 10: "...el modelo de cuidados continuos de Enfermería repercute de forma favorable al ser aplicados en las pacientes oncológicas".

E 7: "...la inclusión de los estadios del CCU y actividades específicas para acompañar a la mujer con esta entidad, ofrecen al modelo mayor científicidad".

E 9: "...es apreciable el rol del personal de Enfermería en el modelo propuesto. De esta forma se atiende a la paciente desde todas las perspectivas y dimensiones".

Los especialistas admiten el uso del diagrama como representación gráfica del modelo. Se evidencia la relación entre sus componentes y su relación con el entorno y las categorías resultantes del proceso de investigación. Esta representación ofrece de forma clara y precisa la esencia de lo que se desea lograr en el estado de salud de la mujer con CCU.

El análisis del discurso de los especialistas condujo a valorar como viable el Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con CCU ⁽¹⁰⁵⁾, a través de consenso, para su aplicación práctica en el cuidado continuo.

3.2 Satisfacción de la mujer adulta con Cáncer Cérvico Uterino, con el cuidado continuo recibido

Después de seis meses de la implementación práctica del Modelo de cuidados continuos mediante las acciones y actividades propuestas, se administró a estas mujeres la encuesta de satisfacción de usuarios ^(Anexo 6). En el análisis se pudo constatar que, en general, las mujeres con CCU se sienten satisfechas con los cuidados continuos que recibieron del personal de Enfermería.

En cuanto al cuidado continuo brindado por el personal de Enfermería, los resultados son alentadores. Dos de ellas manifestaron sentirse muy satisfechas, las restantes manifestaron satisfacción. A pesar del poco tiempo de implementación del modelo, se evidencia en ellas el haber ganado conocimientos y habilidades para el cuidado continuo.

Se evidenció satisfacción con las relaciones que se establecen entre la persona y el personal de Enfermería. Establecer relaciones interpersonales, garantiza un cuidado continuo con enfoque de sistema, íntegro, personalizado y holístico. Alivia la sobrecarga, la ansiedad y depresión de las personas cuidadas, los conflictos y crisis familiares, la

desesperanza y tristeza de las mujeres. Para conocer el índice de satisfacción grupal, se aplicó encuesta de satisfacción, a partir de colocar los resultados anteriores en la escala siguiente:

1. Clara satisfacción: 3 respuestas de las mujeres con CCU.
2. Más satisfecho que insatisfecho: 6 respuestas de las mujeres con CCU.
3. No definida o contradictoria: 0 respuesta de las mujeres con CCU.
4. Más insatisfecho que satisfecho: 1 respuestas de las mujeres con CCU.
5. Clara insatisfacción: 2 respuestas de las mujeres con CCU.

Para calcular el índice de satisfacción grupal se empleó la siguiente expresión:

$$ISG = \frac{A (+1) + B (+0,5) + C (0) + D (-0,5) + E (-1)}{N}$$

Donde A, B, C, D y E son los números de respuestas de las mujeres con las categorías 1, 2, 3, 4 y 5 de satisfacción personal, y N la cantidad total de posibles respuestas de las mujeres encuestadas.

Para determinar la significación de este índice se empleó la siguiente escala: (+1) Máximo de satisfacción. (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho. (0) No definido y contradictorio. (-0,5) Más insatisfecho que satisfecho. (-1) Máxima insatisfacción. El índice de satisfacción grupal fluctúa entre + 1 y - 1. Los valores que se encuentran comprendidos entre -1 y -0,5 indican insatisfacción; los comprendidos entre -0,49 y +0,49 evidencian contradicción y los que caen entre 0,5 y 1 indican que existe satisfacción.

Tabla 8. Satisfacción de las mujeres con CCU con la aplicación práctica del Modelo de cuidados continuos de Enfermería. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 (N=12)

Preguntas	MS	%	S	%	NR	%	PS	%	NS	%
1	0	0	3	25,00	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	1	8,33	2	16,67
3	2	16,67	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	8,33	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	3	25,00	0	0	0	0	0	0
Total	3	25,00	6	50,00	0	0	1	8,33	2	16,67

Fuente: encuesta de satisfacción

En resumen y como se presenta en la tabla 8, las mujeres con CCU expresan satisfacción con la labor del personal de Enfermería de los consultorios y los cuidados continuos recibidos por ellas.

El modelo del cuidado continuo en la práctica de Enfermería permite revelar que la triada del cuidado constituye la esencia del cuidado continuo con enfoque de sistema. Establece las pautas para enseñar a cuidar, cuidarse y ser cuidado en armonía con el entorno social.

3.3 Evaluación del Modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino

En esta parte de la investigación se consideró pertinente evaluar el proceso desde el inicio y durante la aplicación del modelo. Los criterios de evaluación de resultados se midieron con el consenso del pre experimento con un grupo con pre y postest. (Anexos 13 y 14)

El procesamiento estadístico seguido estuvo centrado en identificar las dimensiones más afectadas en las mujeres con CCU y medir esas dimensiones de la escala, después de haber sido aplicado el modelo. Se evaluó el proceso resultado/cambio y de relación causa-efecto. En el segundo caso se trata de determinar en qué grado se logra el resultado o

cambio deseado, es decir, en qué medida se cumple el objetivo. Para ello es necesario tener datos de antes y después. Es esta la evaluación que se previó realizar en la investigación. La evaluación del modelo se realizó por la valoración de los resultados con el empleo de los métodos utilizados en la caracterización inicial y se comprobó el establecimiento de diferencias significativas en la comparación del grupo antes y después, de manera longitudinal, en la variable estado de salud.

Lo esencial fue medir el cambio; antes de aplicar el modelo predominó la categoría de bueno con siete con CCU para un 58,33 % y después de aplicado el mismo, se observó como categoría preponderante bueno, esta vez con 10 con CCU, para un 88,33 %.

Tabla 9. Resultados obtenidos antes y después de la aplicación práctica del Modelo de Cuidados continuos de Enfermería a la muestra de estudio. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020 ($p < 0.001$)

ESTADO DE SALUD	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Bueno	7	58,33	10	83,33
Regular	3	25,00	-	-
Malo	2	16,67	2	16,67
Total	12	100,00	12	100,00

Fuente: encuesta

Se aplicó la Prueba de Rangos con Signos de *Wilcoxon*⁽¹⁴⁾, para determinar las diferencias significativas, con el empleo de niveles de significación estadística ($p = 0,05$).

Para la interpretación de los resultados de p , se utilizaron los siguientes criterios:

- Si $p < 0,05$ la diferencia es significativa

- Si $p < 0,01$ la diferencia es altamente significativa
- Si $p < 0,001$ la diferencia es muy altamente significativa
- Si $p > 0,05$ no existe diferencia significativa

Se utilizó la estadística descriptiva para la elaboración de tablas y gráficos, así como el cálculo porcentual que permitió el análisis y la presentación de la información de los resultados.

Con relación al plan de tabulación para análisis de los resultados, la información se introdujo en una base de datos, automatizada y procesada mediante el sistema *SPSS (Statistical Package Scientific Social)*.

Los resultados de la comparación del antes y después, mediante la Prueba de Rangos con Signos de *Wilcoxon* ⁽¹⁴⁾, presentada en la tabla 9, arrojó que el modelo propuesto produjo cambios favorables significativos en el estado de salud de la mujer con CCU. Se obtuvo un valor ($p < 0.001$), lo que confirma el criterio de que el estado de salud es mejor después de la aplicación del modelo.

Conclusiones del capítulo

El modelo de cuidados continuos en la mujer adulta con CCU resultó viable para su aplicación práctica en este tipo de cuidado, en relación con los estadios de la enfermedad, a través de las acciones, actividades y criterios de medidas.

El modelo desarrollado produjo cambios favorables significativos en el estado de salud de la mujer adulta con CCU.

CONCLUSIONES

El empleo de la sistematización, el análisis documental desde lo histórico lógico permitió el abordaje del objeto de estudio en la búsqueda de fundamentos teóricos, manifestó la brecha epistemológica de las Ciencias de la Enfermería con relación a la carencia de estudios específicos sobre los cuidados continuos en su relación: mujer con Cáncer Cérvico Uterino, personal de Enfermería del consultorio del médico y enfermera de la familia y estado de salud de las afectadas.

Los resultados de la caracterización constataron que la edad preponderante fue de 40-44 años, prevaleció el estado de salud bueno y como manifestación clínica las asintomáticas. Según valoración de las mujeres el cuidado de Enfermería recibido resultó aceptable, no así el cuidado continuo, y el nivel de información del personal en relación con los cuidados continuos resultó bajo.

El diseño del modelo de cuidados continuos de Enfermería para mejorar el estado de salud de las mujeres con Cáncer Cérvico Uterino en la Atención Primaria de Salud, desde una concepción sistémica, manifiesto en sus relaciones como núcleo categorial, sustentado en la Teoría de Cuidados de *Kristen M. Swanson* y concreta desde la ciencia la relación Enfermería, persona, familia, en vínculo directo con el entorno y el estado de salud, en el contexto de la Enfermería Comunitaria.

Se evidenció la satisfacción con la labor del personal de Enfermería y los cuidados ofrecidos, a través de las acciones, actividades y criterios de medidas incluidas en el modelo de cuidados diseñado y desarrollado, demostrada la viabilidad para su aplicación práctica en este tipo de cuidado, en relación con los estadios de la enfermedad, y produjo cambios favorables significativos en el estado de salud de la mujer adulta con CCU.

RECOMENDACIONES

- La ejecución del Modelo de cuidados continuos, previa preparación del personal de Enfermería, en todas las áreas de salud de la provincia de Sancti Spíritus.
- El seguimiento del estudio iniciado, con énfasis en la atención a las necesidades en cuanto al estado de salud de la mujer con Cáncer Cérvico Uterino, desde el vínculo con los metaparadigmas de Enfermería.

Referencias Bibliográficas

1. Barrios- Enrique, Garau Mariela. Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. Anfamed [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 Nov 07]; 4(1): 7-161. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000100007&lng=es. <https://doi.org/10.25184/anfamed2017.4.1.2>.
2. Ulloa Iliana-M, Valbuena-Duran L D. Prevalencia de diagnósticos de Enfermería en el programa de detección temprana de cáncer de cérvix. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2020 Dec [cited 2023 Nov 07] ; 52(4): 382-390. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000400382&lng=en. Epub Sep 30, 2020. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020005>.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
4. Iglesias-Armenteros A, Suárez-Rodríguez A. Incidencia de cáncer: cifras alarmantes [Rev. en Internet]. 2015 [citado 2023 Nov 7]; 5(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/345>
5. Silveira- Pablos MJ, Sarria- Castro M, Parellada –Joa O, Guardián- López C, Esperón Noa R, Omar- Bosque D. Manejo terapéutico y supervivencia del cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (2004-2010) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, [Internet] (2017) ; [cited 2023 Nov 07] Vol. 43, No. 2 .Disponible en :<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/rt/printerFriendly/200/142>

6. Bravo-Polanco E, Águila-Rodríguez N, Guerra-Villarpana D, Blanco-Vázquez Y, Rodríguez-González O, Oliva-Santana M. Cáncer cérvico uterino: y tratamiento. Medisur revista en Internet]. 2020 [citado 2020 Sep 7]; 18(4): [aprox. 8p.]. Disponible en : <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4648>
7. Lambert-Matos Y, Sagaró-del-Campo N M, Zamora-Matamoros L. Identificación de factores pronósticos en cáncer cérvico-uterino mediante análisis estadístico implicativo. AMC [Internet]. 2021 Ago. [citado 2023 Nov 07]; 25(4): e7956. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
8. Batista Ramírez Y. Acciones educativas para la detección precoz del cáncer Cérvico uterino en el Consultorio San Pedro desde Octubre 2018 a 2021. TESIS PARA OPTAR POR LA CONDICIÓN DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL Sagua de Tánamo. Holguín [Internet 2021]. [citado 2023 Nov 07]. Disponible en: <https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://tesis.hlg.sld.cu/index.php%3F%3DDownloadFile%26Id%3D2076&ved=2ahUKewinjMetrbKCAxUAFIkFHeyMC6gQFnoECAEQAg&usq=AOvVaw3klg0CdL6b- MehbWSxfAt>
9. Anuario estadístico provincial Sancti-Spíritus. [Internet] 2017. En su Edición 2018. [citado 2020 Agosto]; Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuarioestprovincial/sanctispiritusok.df>
10. Anuario estadístico provincial Sancti-Spíritus. [Internet] 2018. En su Edición 2019. [citado 2020 Agosto]; Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuarioestprovincial/sanctispiritusok.df>
<http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/anuarioestprovincial/sanctispiritusok.df>
11. Gilbonio- Abanto Cindy K. Cuidados de Enfermería en paciente con cáncer del cuello uterino en el servicio de hospitalización, clínica Onco salud. [Internet] 2019; Título de segunda especialidad en Enfermería oncológica. Lima-Perú. [citado

2020

Enero];

Disponible

en:http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4655/TRABACADEMICO_A_BANTO_KATHERIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Rojas Espinoza Belén. Cuidados e intervenciones de Enfermería enfocados en las necesidades de salud del adulto mayor, bajo la Teoría de Kristen M. Swanson;[Internet]. 2017; Tesis para obtener el Grado de Doctora en Ciencias de la Salud; Estado de México.[citado 2020Mar 30];Disponible en

:<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/99139/TESIS>

13. Rojas Anatolio -Huamán J , Lesnny Treviños -Noa L . Medina -Flores A. Epistemología de las investigaciones cuantitativas y cualitativas 11 Diciembre [Internet]. 2021; [Citado 26 Septiembre 2022] en DOI:

<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2022.23.1462>

14. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon: Ejemplo SPSS. [Internet]. 2018; [Citado 26 enero 2022]. Disponible en :<https://files.sld.cu/prevemi/files/2018/02/Prueba-rangos-con-signo-de-Wilcoxon.->

15. Políticas / Políticas actuales / declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 21st marzo [Internet]. 2017 [citado 26 Ene 2022] .Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-laamm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

16. Villafuerte-Reinante J, Hernández-Guerra Y, Ayala-Reina Z, Naranjo-Hernández L, González-Alonso J, Brito-Méndez M. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. Revista Finlay [revista en Internet]. 2019 [citado 2023 Nov 7]; 9(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/635>

17. Ávila -Díaz D, E, Hernández -González A, Mitjans- Hernández D. Cáncer cérvico uterino, una batalla que ganar. Primera Jornada Científica Virtual de Oncología en Cienfuegos -

ONCOCIENFUEGOS.[Internet]. 2021 [citado 2023 Sep 22]; Disponible en : <https://oncocienfuegos2021.sld.cu/index.php/oncocfg/conferencias/paper/viewFile/238/87>

18. Fuentes-Salomón S, Carballido-Sánchez J, Salomón-Vila A, González-Haliberto B. Caracterización de los factores de riesgo para la Neoplasia Cervical Intraepitelial en Hospital Vladimir Ilich Lenin, junio 2020 - enero 2021. Rev Estudiantil Hol Cien [revista en Internet]. 2023 [citado 7 Nov 2023]; 4 (2) Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/291>

19. Marañón – Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y; et al. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. CORREO CIENTÍFICO MÉDICO DE HOLGUÍN [revista en Internet]. 2017[citado 7 Nov 2023]; 1560-4381 (1).Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n1/ccm15117.pdf>

20. Arévalo B. Arturo R I, Arévalo Salazar D E, Villarroel Subieta C J. El cáncer de cuello uterino. Rev. Med. La Paz [Internet]. 2017 [citado 2022 Mar 31]; 23(2): Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcm/bo/v23n2/v23n2_a09.pdf

21. Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino. [Internet].enero 3, 2020; American Cancer Society. [Citado 19 julio 2020].Disponible en:<https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico->

22. Cuba Reyes M, González Pérez M, Scull Martínez M, Panuncia Hechavarría Y Cabrera G. Importancia del sistema de Bethesda en el diagnóstico citológico de lesiones precancerosas del cérvix. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2019 Feb [citado 2023 Sep 24] ; 41(1): 203-210. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/rt/printerFriendly/2318/html_571

23. Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino). [Internet] Julio 30, 2020; [citado 9 julio 2022].Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancerde-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-dedetecion.html>

24. Foresi M A. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) en la detección precoz del Cáncer de Cuello de Útero. Resumen de su tesis [Internet] 2019. [Citado En marzo 2022]. Disponible en:

http://www.sogba.org.ar/images/Inspeccion_Visual_con_Acido_Acetico.pdf

25. Hidalgo –Verdecia MC. Intervención educativa sobre factores de riesgos del Cáncer Cervicouterino del Policlínico Antonio Maceo en el período 2019-2022. [Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en la Especialidad de Medicina General Integral]; [Internet] 2022. Disponible en:

https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://tesis.hlg.sld.cu/index.php%3FP%3DDownloadFile%26Id%3D2256&ved=2ahUKEwiRvYuupLOCAxUvFFkFHQaaB0kQFnoECAoQAq&usg=AOvVaw1VYsUD_2O-5OckUELTZKvV

26. Gómez Delia L. Comportamiento de los factores de riesgos clínico epidemiológicos del Cáncer Cérvico Uterino. Técnica para la toma de la muestra citológica. [Tesis]. [Trabajo optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral]. Policlínico Máximo Gómez [Internet]. 2018. [citado 5 de Abril 2022] .Disponible en:

<httpstesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1398&ReturnText=Search>

27. Bhatla N. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet; [Internet]. 2019; 1–7. [Citado 2022/03/31]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estadios>

28. Cirugía para el cáncer de cuello uterino.[Internet]. Enero 3 2020 Estados Unidos. American Cáncer Society. 118002272345. [Citado 31/03/2022]. Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancerdecuellouterino/tratamiento/cirugia.html>

29. Radioterapia para cáncer de cuello uterino [Internet]. Enero 3 .2020 Estados Unidos. American Cáncer Society. [Citado 31/03/ 2022]. Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/tratamiento/radioterapia.html>

30. Quimioterapia para cáncer de cuello uterino [Internet]. Febrero del 2021 Estados Unidos. American Cancer Society. [Citado 31/03/2022] .Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuelluterino/tratamiento/quimioterapia.html>

31. Abrahantes-Ruiz A, Oliver-Cruz M, González-González-del-Pino M, Rodríguez-Palacios K, Muñoz-Hernández O, Castro- Berberena A. Cáncer cérvico uterino. Algo para reflexionar. Medisur [revista en Internet]. 2019 [citado 2023 Sep 26]; 17(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4446>

32. Valentín V, Teresa -Murillo M, Valentín M , Royo D. CUIDADOS CONTINUOS. UNA NECESIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. [Internet]. 2004 Mar [citado 2022 mayo 20]; Vol. 1, Núm. 1, 2004, pp. 155-164 Disponible en:

https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_vol1/capitulo11.pdf

33. Cuidados continuos: colección Oncovida .Sociedad Española ;[Internet]. 2019 Mar; [citado 2021 mayo 28]; 28(3): 64-66. Disponible en:

https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_oncovida_%207_cuidados_continuos.pdf

34. Hacer visibles las necesidades de la persona con cáncer. [Internet]. 04 feb 2016. [Citado 31 de marzo 2022]; Disponible en: <https://www.genescare.com/es/la-importancia-de-hacer-visibles-las-necesidades-delos-pacientes-con-cancer/>

35. Cintia A. Cuidados Psicoemocionales de la persona oncológico. [Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería]. Argentina. Universidad Nacional de Cuyo; [Internet] 2017. [Citado 31 de marzo 2020]; Disponible en:

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8668/araya-cinthia-yanina.

36. Montano Luna JA, Prieto Díaz VI. Factores de riesgo y enfoque preventivo. En: Álvarez Sintés. Medicina General Integral La Habana: Editorial Ciencias Médicas; [Internet]. 2014

p.369-376. [Citado 15 Ene 2021]. Disponible en:

<https://www.untumbes.edu.pe//vcs/biblioteca/document/varioslibros/1331.%20Medicina%20General%20Integral.%20T1%20%20Salud%20y%20medicina>

37. Di-Fabio J, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2020 [Citado

16 Abr 2022]; 46 (2) Disponible en:

<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2193>

38. González. García G. modo y estilos de vida. En: Colectivo de autores. Enfermería familiar y social .La Habana: ECIMED. [Internet 2008: p: 457-459 [Citado 15 Ene 2021].Disponible en:<http://www.ecimed.sld.cu/2004/12/24/748/>

39. Vicente- V M, González Murillo M, Royo P, Cayuela Pérez. Cuidados continuos. Un modelo de atención integral. Rev. de administración sanitaria siglo XXI, ISS.[Internet] 2005 ;1696-1641, Vol. 3, Nº. 4, págs. 647- 668 [Citado 24 de Marzo de 2022]; Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1432683>

40. Espín Falcón J C, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, O Rivera M. Acerca del cáncer cérvico uterino como un importante problema de salud pública. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2012 ;[citado22Dic2014];28(4):73546. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es

41. Garzón-Patterson M, Izquierdo-Medina R, Pascual-Cuesta Y, Batista-Pérez N, Ravelo-Jiménez M. Teoría de Kristen M. Swanson vinculada al cuidado del cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev. Cubana de Enfermería [Internet]. 2020 [citado

8 Nov 2023]; 36 (4) Disponible

en:<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3491>

42. Wojnar D M. Kristen M. Swanson: teoría de los cuidados. En Raile AlligoodM. Modelos

y teorías en Enfermería . 8va ed. España: El sevier; 2015. p. 67082.Disponible en:
[https://www.google.com/search?hl=esCU&gbv=2&q=Wojnar+DE.+Kristen+M.+S](https://www.google.com/search?hl=esCU&gbv=2&q=Wojnar+DE.+Kristen+M.+Swanson:+teoría+de+los+cuidados.+En:+Raile+A)

[wanson:+teoría+de+los+cuidados.+En:+Raile+A](https://www.google.com/search?hl=esCU&gbv=2&q=Wojnar+DE.+Kristen+M.+Swanson:+teoría+de+los+cuidados.+En:+Raile+A)

43. Raile Alligood M. Introducción a las teorías en Enfermería : historia, importancia y análisis. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería . 7ma Ed. España: Elsevier; p. 3-15. [Internet].2011 [citado 2019jun Disponible en:

[https://www.google.com/search?hl=esCU&gbv=2&q=Wojnar+DE.+Kristen+M.+S](https://www.google.com/search?hl=esCU&gbv=2&q=Wojnar+DE.+Kristen+M.+Swanson:+teoría+de+los+cuidados.+En:+Raile+A)

[wanson:+teoría+de+los+cuidados.+En:+Raile+A](https://www.google.com/search?hl=esCU&gbv=2&q=Wojnar+DE.+Kristen+M.+Swanson:+teoría+de+los+cuidados.+En:+Raile+A)

44. González Hidalgo MC, Sánchez Ortiz MO. Usando la Teoría en la Práctica: Percepciones sobre los postulados de la Teoría del Cuidado y su aplicación en el Proceso de Enfermería al Cuidado a la Persona. UNIMAR [serie en internet]. 2016 [citado 2019 jun 14]; 81(105):313-20.Disponible en:

<http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/102>

45. Maraban Ramírez E. Evaluación al personal de Enfermería durante el enlace de turno y continuidad del cuidado. [Internet] [6 de febrero 2020]; [Tesis]; Para obtener el grado de maestro en Enfermería . Universidad Cuernavaca Morelos. Disponible en:

[http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1144/RAMHRG04T.pdf?sequ](http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1144/RAMHRG04T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[ence=1&isAllowed=y](http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1144/RAMHRG04T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

46. Aquino- Apaza Y, Cajaña –Barrios kE. Aplicación dela teoría de Kristen Swanson para el cambio de actitud hacia la donación de órganos, estudiantes de quinto de secundaria, I.E. Manuel Benito linares arenas, Arequipa –2017. Internet] 2018 [Tesis Para obtener el Título Profesional de Enfermera];] [citado 6 de febrero 2020]; Disponible en:

[https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c7cc8dae-fac5-4fcc-842e-](https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c7cc8dae-fac5-4fcc-842e-bce694bbfdef/content)

[bce694bbfdef/content](https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c7cc8dae-fac5-4fcc-842e-bce694bbfdef/content)

47. Velásquez-Rondón S, Huaman-Hernández D. Efectos del cuidado enfermero basado en

teoría de Kristen Swanson sobre conocimientos y aceptación de lactancia materna en primigestas. Rev. Cubana de Enfermería [Internet]. 2020 [citado 24 Sep. 2023]; 36 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3913>

48. Andershed B, Olsson K. Review of research related to Kristen Swanson's middle- range theory of caring. Scand J Caring Sci. 2009 Sep; 23(3):598-610. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00647.x. Epub 2009 Jun 23. PMID: 19552794. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19552794/>

49. Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la Enfermería profesional en Chile. Enfermería Global. [Internet] 2012 [acceso: 12/06/2022]; 28:316-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

50. Vargas Buitrago DE, Parra Díaz EK. Guía de cuidado interactiva humanizada para la toma de gases arteriales, basados en la teoría de Swanson, para estudiantes de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; [Internet] 2016 [acceso:12/05/2019]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/58928>

51. Mutter Cuellar KJ. Visión de la Gestión del cuidado del profesional de Enfermería en el Primer Nivel de Atención Tacna 2018 [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; [Internet] 2019 [acceso:12/06/2019]. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9781>

52. Rojas Espinoza JB, García Hernández ML, Cárdenas Becerril L, Vázquez Galindo L, Silveira Kempfer S. Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de Enfermería en adultas mayores. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2018 [acceso: 29/06/2019];27(4):2-11. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000400316&script=sci_arttextmexico

53. Basurto Poveda IM, Lavayen Garzon RR. Actuación de Enfermería frente al Riesgo de cansancio del rol de cuidador en pacientes con autonomía personal dependiente que acuden al centro de salud Cisne 2, en el periodo de octubre a enero 2019 [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; [Internet]; 2019 [acceso: 12/06/2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/41875>
54. Borges Damas L. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y parto [tesis]. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; [Internet] 2017. [Citado 12 julio 2022]; Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/rt/printerFriendly/226/293>
55. Queralta Leister G A. Fundamentos del modelo teórico para el mejoramiento del desempeño de los enfermeros técnicos del área asistencial desde el enfoque ética del cuidado. [Internet]. 2017. La Habana, Cuba, s/f, p. 313 [Citado 2022 Abr 06]; Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/903>
56. Tamayo-Roca C, Roca-Revilla M, Nápoles-Quiñones G .La modelación científica: algunas consideraciones teórico-metodológicas 2017. ISSN 2227-6513, Santiago, 142, pp. 79-90. [Citado 2022 Abr 06]; Disponible en: <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/212>
57. De Armas Ramírez, N y otros. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aporte de la investigación educativa. Curso 85 Pedagogía 2003, Ciudad de La Habana, Cuba, p. 13. [Citado 22 Marz 2022]. Disponible en: https://santander.edu.mx/aula/pluginfile.php/1365/mod_resource/content/1/Aportes%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20curso85.pdf
58. García-González M, Loret-de-Mola-López E, Bermejo-Correa R, Cadenas-Freixas J, Varela-de-Moya H. Modelo de superación profesional del tecnólogo de la salud en laboratorio clínico desde la integración ciencias básicas biomédicas-laboratorio.

Humanidades Médicas [Internet]. 2018 [citado 26 Sep 2019]; 18 (2):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1168>

59. Hernández -Garay A, & Valero-Inerarity, A. Modelo para el control de los factores determinantes del rendimiento de los nadadores de 800 metros de la categoría escolar. *Conrado*, 15(66), 25-30. Epub 02 de marzo de 2019. Recuperado en 26 de Junio de 2019. Disponible en : de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000100025&lng=es&tlng=es

60. Ariza Olarte C. Modelo de cuidado de Enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2016 ; 22(1): 35-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s071795532016000100004>

61. Paterson J, Zderad L. *Humanistic Nursing* National League for Nursing. New York 1988 [acces 23/03/2022]. Disponible en: <https://www.gutenberg.org/ebooks/25020>

62. Kuersten Rocha P, Lenisse do Prado M. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y cómo elaborarlo? *índex Enferm* *Index Enferm.* 2008 [ACCESO 23/03/2023]; 17(2):128-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011&lng=es

63. Mastrapa Y, Gibert-Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cubana de Enfermería* [Internet]. 2016 [citado 26 Sep 2023]; 32 (4) Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>

64. Steiner E. *Logical and conceptual analytic techniques for educational researchers*. Washington. D.C. University Press; 1978. [Citado 23 Marzo 2022]. Disponible en: <https://searchworks.stanford.edu/view/1038827>

65. Cez Vaz MR, Muccillo -Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCE. Concepciones de Enfermería, Salud y Ambiente. *Rev. Lat Am Enfermagem*. 2007; 15(3): 418-25 [citado 22 Marz2022]. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/5mDVB3bnDv4TxWnmCgJGncG/?lang=es&format>

66. Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero (1999). [Internet]. 2012. [citado 22 Marz 2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-detec-canc-cervicout.pdf>

67. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (2001) [Internet]. 2012. [citado 22 Marz 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477348948002>

68. Ordás González A, García Milián A. J, Duany Jane N. Comportamiento del Programa Nacional de Control de Cáncer Cérvico Uterino en un área de salud de La Habana, Cuba. Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2012; 7(2):2-7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477348948002>

69. Programa Integral para el Control del Cáncer .Guía de Cáncer Cérvico Uterino Acciones para su Control [Internet]. 2018; Citado 20 julio 2019 disponible en : https://files.sld.cu/higienepidemiologia/files/2018/12/prog_nac_c%C3%A1ncer_1.pdf

70. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del cáncer[Internet]. 2012. Citado 20 junio 2019; Disponible en: https://www.iccpportal.org/system/files/plans/CUB_B5_s21_programa_control_cancer_estrategia_nacional.pdf

71. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del cáncer[Internet]. 2020. Citado 20 junio 2019; Disponible en : https://www.iccpportal.org/system/files/plans/CUB_B5_s21_programa_control_cancer_estrategia_nacional.pdf

72. Hurtado A, Esther L. Carlos R, Thattiana A. Relación entre conocimiento y actitudes sobre medidas preventivas del cáncer de cuello uterino en mujeres, Fujimori - Santa María : [tesis para optar el título de licenciada en Enfermería] HUACHO – PERÚ universidad

nacional José Faustino Sánchez Carrión; facultad de medicina humana escuela profesional de Enfermería ; [Internet]. 2021. [citado 23 Marz 2022] .Disponible en:<http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/4548/ALVAREZ%20y%20OROJAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

73. Cieza V, Pilar S Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas frente al Tamizaje de Papanicolaou en trabajadoras de la Municipalidad distrital de Baños del Inca. [Internet] 2020 [Tesis para optar Título Obstetra] Cajamarca-Perú; [citado 1 de julio de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4072>

74. Núñez A, Isabel K. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres del Asentamiento Humano 10 de septiembre-Chimbote, 2018 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Chimbote-Perú]: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote;[Internet] 2018 [citado 23 de marzo 2022]. Disponible en:http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/6678/ACTITUDE_S_CONOCIMIENTOS_ALAYO_NUNEZ_KIARA_ISBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

75. Cruz T, Solis A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven 1. ° de mayo, Nuevo Chimbote. 2017 [citado 23 de marzo de 2022];4(1):159-72. Disponible en: <https://docplayer.es/91422306Objetivo-general-describir-los-conocimientos-actitudes-y-practicas-sobre-latoma.html>

76. Cayllahua Quinto Y. Conocimiento sobre Cáncer de Cuello Uterino de mujeres del centro poblado de Yauli, Huancavelica [Internet] 2020 [Tesis para Optar el Título de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria] Huancavelica, Perú universidad nacional de Huancavelica (Creada por ley n°. 25265) facultad de ciencias de la salud programa de segunda especialidad [citado 23 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3571>

77. Reyes MC. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y

respuestas. Ed. Ciencias Médicas. 2009; (279): 51-4. Internet]. Mayo 2009 [citado 22 Marz 2022]; Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2009/11/19/cuidados-paliativos-en-pacientescon-cancer-avanzado-120-preguntas-y-respuestas>

78. Geels P, Eisenhauer E, Bezjak A, Zee B, Day A. Palliative effect of chemotherapy: objective tumor response is associated with symptom improvement in patients with metastatic breast cancer. J Clin Oncol. 2000 Jun;18(12):2395-405. doi: 10.1200/JCO.2000.18.12.2395. PMID: 10856099.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10856099/>

79. De Palo G, Dexeus S, Chanen W. en su investigación: Patología y tratamiento del tracto genital inferior. 2ª edición. Barcelona: Masson;[Internet]. 2007 sep. [citado 2022 Mar 24]. Disponible en: <https://axon.es/ficha/libros/9788445815823/patologia-y-tratamiento-deltracto-genital-inferior-solo-impresion-bajo-demanda-2-semanas-aproxpatología-y>

80. Difour Milagros V Eloísa Legra B, Torres Tumbarell N, Buduen Pineda Y, Sáchez Bonne A H. Evaluación de la calidad de la atención de Enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. MEDISAN [Internet]. 2014 nov [citado 2022 Mar 24]; 18(11): 1560-1566. Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014001100011&lng=

81. Lastre-Amell G. Suarez-Villa M. Orostegui-MA, Diaz-Perez A, Navarro Agamez M, Rodríguez- Lope J. Factores asociados al cáncer de cérvix, pacientes con conductas de riesgo. Barranquilla / Colombia. En: Lastre-Amell G, Aldana-Rivera E. (Editores), Salud y Cuidado en curso de vida. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar. pp. 151-173. [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 24]. Disponible en:

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB>

82. Campos de Carvalho, Emília, de Souza Oliveira-Kumakura, Ana Railka, Coelho Ramalho Vasconcelos Morais, Sheila Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and

assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem* [en línea]. 2017, 70(3), 662- 668;[fecha de Consulta 24 de Marzo de 2022]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267051078030>

83. Magdalena MC, Montserrat SM, Roberto DB, Luis V. Empatía, soledad, agotamiento y satisfacción con la vida en enfermeras chilenas de cuidados paliativos y servicios de atención domiciliaria. *Rev. Enferm Clíc* ;27(6) [Internet]. 2017 [Citado 2022 marzo 24]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.00>

84. Almeida CS, Marcon SS, Matsuda LM, Kantorski LP, Paiva BS, Sales CA. Atuação de um serviço de cuidados paliativo hospitalar: avaliação de quarta geração. *Rev. Bras. Enferm.* 72(2). [Internet]. 2019 [citado 2022 Marz 24] <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0848>

85 Arias RM, Carreño MS, Posada LC. Incerteza dos cuidadores familiares na doença de pacientes sob cuidados paliativos e fatores associados. *Rev. Lat Am. Enferm.* 27(1). [Internet]. 2019 [cited 2022 Marz 24] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3185.3200>

86. Queiroz TA, Ribeiro AC, Guedes MV, Coutinho DT, Galiza Francisca T. Atención paliativa a los mayores en atención intensiva: la perspectiva del equipo de Enfermería . *Rev. enferm.* 27(1). [Internet]. 2018 [cited 2022 Marz 24] :Disponible en: https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/download/Horiz_Enferm.31.3.325

87. Gómez CC, Clemente M, Bugallo C, Gandoy CM. Cuidados paliativos gerontológicos: influencia de las condiciones laborales y burnout en el personal de Enfermería . *Rev. Gerokomos.* 27(3). [Internet]. 2016 [cited 2022 Marzo 24] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2016000300002&lng=es.

88. Pérez Cayuela P, Valentín V, Rosa J, Ausejo M, Corral C. Programa de Coordinación

para la Asistencia Domiciliaria al Paciente Oncológico Terminal en el Área XI - INSALUD. Madrid. 1992. [Internet]. [Citado 2022 Mar 24] Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300011&lng=es)

[48352005000300011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300011&lng=es)

89. Hernández -Millán Z, Bravo-Polanco E, Águila-Rodríguez N, Torres-López Y, Tay-Araujo J, Martínez-Santana M. Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Revista Cubana de Enfermería ; [Internet]. 2016 [citado 30 Mar 2022]; 32 (2) Disponible en:<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/137/162>

90. Boykin A Schoenhofer SO. La teoría de la Enfermería como cuidado: Un Modelo para transformar la práctica. [Internet]. (1993, p 22). [Citado 2019 Mar Disponible en: <http://teoristas01.blogspot.com/2018/03/la-teoria-de-la-enfermeiacomo-cuidado.html>

91. Fawcett, Jacqueline. "Criteria for evaluation of theory." Nursing science quarterly 18.2 (2005): 131-135. [Internet]. [Citado 2022 Mar 25]. Disponible en:https://scholar.google.com/cu/scholar?q=Fawcett+J.+2005&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart

92. LLuch-Bonet A. Cuidados continuos y estado de salud en el adulto mayor con cáncer de próstata. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2021 [citado 7 Abr 2022]; 37(1).Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/36>

93. Rodríguez Mateo M, González Pérez RB, Concepción Pacheco JA, Ávila Sánchez M, Naranjo Hernández Y. Continuous nursing care for patients with cervical cancer in the community. World Journal of Advanced Research and Reviews [Internet]. 2023[acceso: 9.08.2023]; 19(02): 340–342. Disponible en: <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2023-1515.pdf>

94. Manual de Enfermería oncológica – Enfermería APS. [Internet]. 2014 [citado 16

Abr 2022] Disponible en:

<https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/CUIDADOS%2520PALIATIVOS/Manual%2520de%2520Enfermeria>

95. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, [Internet]. 1986; Pp. 1128, 1146, 454 [citado 7 Abr. 2022]; Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b&q=Ferreira+ABH.+Novo+Dicionário+da+Língua+Portuguesa.+Rio+de+Janeiro>

96. Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería . Madrid Elsevier. [Internet]. 2005; [26 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.rililo.educsalud.cl/Capac_Investigacion_BecadosFOREAPS/Investigacion%20en%20Enfermeria.pdf

97. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev. Lat. an Enfermagem [Internet].2004; 12(2): 250-257. [26 de Marzo de 2022]. Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qgYFjMcq7MSnjDLF5WYYDRs/abstract/?lang=es>

98. Davidson P, Holcomb E, Hickman L, and Phillips J, Graham B. Beyond the Rhetoric: what do we mean by a “model of care”. Australian Journal of Advanced Nursing. [Internet]. 2006; 23(3): 47-55. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16568879/Component_functional

99. Carmo Soares Campos Antônia do, Moreira Maria V L, Cardoso leitão. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. Cienc. Enferm. [Internet]. 2006 jun [citado 2022 Abr 08]; 12(1):7381.Disponible en :http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-1067/2006000100008.

100. De Albuquerque, G L, Ghizoni Schneider, Dulcinéia, Maia Manschein, Alessandra M,

de Jesus M, Josiane, Aparecida B, Ausen M, Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2008;17(1):81-89. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71417109>

101. Gómez Velázquez, Natasha Lenin y el marxismo de inicios del siglo XX: críticas, debates, alternativas. Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina[Internet]. 2014, 2(1), 52-71[fecha de Consulta 26 de marzo de 2022]. ISSN; Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552357216004>

102. García González Mercedes Caridad, Varela de Moya Humberto Silvio, Sifontes Valdés Belkys, Peña Rubio Mariesly. Significación del enfoque histórico-cultural de Vigostky para el tratamiento de las relaciones interdisciplinarias. Rev Hum Med [Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Sep 26] ; 14(2): 458-471. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200014&lng=es.

103. La actividad humana en la psicología histórico-cultural Avances en Psicología Latinoamericana Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2005 Volumen 23, [citado 2018 Sep. 16]; Pp. 33-42. Disponible

en:<https://www.redalyc.org/pdf/799/79902304.pdf>

104. Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Enferm. Univ. [rev en la Internet]. 2019 dic [citado 2022 Mar 26]; 16(4): 374-389. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665

105. Olaz- Capitán A. La Técnica de Grupo Nominal. Una adaptación orientada hacia proyectos de intervención social. Universidad de Marcia, Servicios de publicaciones Internet]. 2021; Disponible

en:https://www.researchgate.net/publication/354752156_La_Tecnica_de_Grupo_Nominal

[Una adaptacion orientada hacia proyectos de intervencion social](#)

106. Amatriain H, Tondato G. Test de viabilidad. Universidad nacional de Lanús licenciatura en sistemas. Software empírica; [internet] [citado 2022 mar 22].disponible en: <https://docplayer.es/3824738-Universidad-nacional-de-lanus-licenciatura-en-sistemas-ingenieria-de-software-empirica-mg-ing-hernan-amatriain-test-de-viabilidad>

Anexo 1

Hoja informativa y consentimiento informado

Título del estudio: Cuidados continuos de Enfermería en mujeres con cáncer cérvico uterino

Información general

En la atención a la mujer con cáncer cérvico uterino es ideal el cuidado según Kristen Swanson centrándose en la persona, en la persona a la que se cuida, en la búsqueda de claves, realizando una valoración meticulosa y en la búsqueda de un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado.

Es así que, cuando se habla del cuidado de la salud en las mujeres con cáncer cérvico uterino se acepta que las enfermeras (os) busquen diferentes medidas y formas para cuidarlas y mantenerlas de manera tal que permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado de Enfermería, en el que convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de Enfermería.

Usted padece de cáncer cérvico uterino, y por este motivo se encuentra bajo tratamiento. Su médico y enfermera de la familia están invitados a participar en el estudio de intervención, desarrollo contextualizado en el Policlínico II Arcelio Suarez Bernal del Municipio Jatibonico, 2010 al 2020. Para la evaluación necesitamos su permiso para conocer su nombre completo, su número de carné de identidad y algunos datos sobre su enfermedad.

En este documento encontrará información general sobre su enfermedad, (cáncer cérvico uterino) y su estudio. Léalo con detenimiento y haga todas las preguntas que considere necesarias para comprenderla. Puede tomarse el tiempo que necesite para reflexionar antes de contestar, su decisión a participar, o no, debe ser libre y voluntaria y en ningún caso tendrá repercusiones sobre sus cuidados médicos o su relación con

el investigador.

¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

El cáncer es una enfermedad que provoca el crecimiento descontrolado de las células.

El tipo de cáncer siempre se identifica según la parte del cuerpo en donde se origina, incluso si después se extiende a otras partes del cuerpo.

Cuando el cáncer se origina en el **cuello uterino**, se denomina como cáncer de cuello uterino.

El cuello uterino es la parte más baja y estrecha del útero. El cuello uterino conecta la parte superior del útero con la vagina (vía del parto). El útero (o matriz) es el lugar donde se desarrolla el bebé cuando una mujer está embarazada.

El cáncer de cuello uterino es el cáncer ginecológico más fácil de prevenir con pruebas regulares de detección y seguimiento. Además, es altamente curable cuando se detecta y se trata en etapas tempranas.

¿Quién puede contraer cáncer de cuello uterino?

Todas las mujeres corren riesgo de contraer cáncer de cuello uterino. Esta enfermedad afecta con mayor frecuencia a mujeres mayores de 30 años

La causa principal es el virus del papiloma humano (VPH).

¿Qué es el virus del papiloma humano?

El **virus del papiloma humano** (VPH) es un virus común que puede transmitirse de una persona a otra durante las relaciones sexuales; la mayoría de las personas sexualmente activas estarán infectadas por el VPH en algún momento de su vida.

En la mayoría de las personas la infección por VPH desaparece por sí misma en menos de un año, sin causar problemas de salud. Pero en algunas mujeres, en

especial en aquellas mayores de 30 años, la infección persiste por años y puede causar cáncer.

El VPH puede causar cambios en las células del cuello del útero.

Los tipos de cambios pueden ir desde lesiones de bajo riesgo, lesiones precancerosas hasta cáncer.

Se pueden tratar las lesiones precancerosas para prevenir un cáncer cérvico uterino.

Se puede tratar y curar el cáncer cérvico uterino si se detecta en forma temprana.

¿Cuáles son los síntomas?

En etapas tempranas el cáncer de cuello uterino no suele presentar signos ni síntomas. Cuando ya está avanzado puede producir sangrado o secreción vaginal anormal como, por ejemplo, sangrado después de tener relaciones sexuales.

¿Existen pruebas que podrían prevenir o detectar el cáncer de cuello uterino en sus etapas tempranas?

En dependencia de su edad, su médico podría recomendarle que se haga la prueba de Papanicolaou, VPH, o ambas pruebas juntas.

La prueba de Papanicolaou (o citología vaginal) busca pre cánceres: cambios celulares en el cuello uterino que pueden ser tratados para prevenir este tipo de cáncer.

La prueba de Papanicolaou también puede detectar el cáncer de cuello uterino en etapas tempranas cuando el tratamiento es más eficaz.

¿Cuándo debo hacerme la prueba de detección del cáncer de cuello uterino?

La prueba de Papanicolaou es una de las pruebas de detección más confiables y efectivas disponibles.

Ésta prueba es recomendada para todas las mujeres entre 25 y 64 años, según criterio médico; en la mujer menor de 25 años con vida sexual activa puede ser indicada.

C

Si sus resultados son normales, es posible que su médico le diga que no necesita hacerse otra prueba de Papanicolaou durante los próximos tres años.

Si los resultados son normales, su probabilidad de contraer cáncer de cuello uterino en los próximos años es mínima

¿Dónde se realiza la prueba citológica?

- 1- En los consultorios atendidos por médicos y enfermeras de la familia tanto urbanos como rurales
- 2- Policlínicos, en consultas externas diseñadas para llevar este programa del cáncer cérvico uterino (CCU).

La selección de tratamiento depende del tamaño del tumor, si el cáncer se ha extendido o si la mujer piensa embarazarse en el futuro.

¿Cómo está diseñado el estudio?

En este estudio se van a seleccionar todas las mujeres que acudan a la consulta integral en el período comprendido entre 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021, en el Policlínico "Arcelio Suárez Bernal", Municipio Jatibonico.

Beneficios y riesgos de participar en el estudio

Como todas las mujeres participantes del estudio, usted podrá obtener cierto beneficio

con el seguimiento más riguroso de su evolución, en condiciones de la práctica habitual y sin duda contribuirá al conocimiento general sobre la enfermedad y su tratamiento. Todas las mujeres se revisarán para detectar complicaciones, por parte del personal médico y enfermera; eso elevará la calidad de la atención.

El estudio no supone riesgos.

Voluntariedad de su participación

La participación en este estudio es voluntaria y usted tendrá derecho a negarse a entrar ahora o a retirarse en el futuro, sin necesidad de dar explicaciones y sin que eso repercuta en sus cuidados médicos

Protección de los datos

La información que se recoja por el médico y enfermera será confidencial. Personal especializado, bajo acuerdos de confidencialidad a través de la firma de un documento que explique que no se podrá divulgar sus datos personales, revisará su historia clínica para comprobar que el estudio se esté llevando a cabo de forma correcta. Con el mismo fin, podrán acceder a su historia autoridades como médico y enfermera de la familia y miembros del Comité de Ética.

Este personal especializado, bajo acuerdo de confidencialidad, tendrá una lista con su nombre, dirección particular y número de carné de identidad para la evaluación y la visita a su hogar, en caso de ser necesario, para completar la información y conocer su estado de salud.

Atención y protección de los pacientes

Los pacientes tendrán derecho a recibir atención médica gratuita y tener acceso a todos los servicios médicos que estén indicados, independiente de su participación o retirada del estudio.

Tómese su tiempo para pensar y haga todas las preguntas que considere necesario antes de tomar una decisión. Si está de acuerdo en participar, firme el formulario de consentimiento en la página siguiente por duplicado, un ejemplar es para usted y el otro se archiva.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Cuidados continuos de Enfermería en las mujeres con cáncer cérvico uterino.

He leído detenidamente la hoja de información que me han entregado, he podido hacer preguntas y por el momento no tengo más dudas. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo dejar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que eso repercuta en los cuidados médicos que debo recibir.

Comprendo que la información personal será recogida por profesionales de la salud y sujeto a acuerdos de confidencialidad. Conozco además que los profesionales podrán acceder a mi información clínica completa para comprobar que el estudio se realiza de forma correcta y visitarme en mi hogar para evaluar mi estado de salud después de terminado el estudio.

Si fuera necesario, puedo contactar con el investigador: Lic. Mallelin Rodríguez Mateo.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Paciente:

Nombres y apellidos:

Fecha de firma (día/mes/año): |_|_|/|_|_|/|_|_|||_|_| y

Hora: |_|_|:|_|_| AM PM

Firma: _____

Investigador:

Nombres y apellidos:

Fecha de firma (día/mes/año): |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_| y

Hora: |__|_|:|__|_| AM PM

Firma:

Testigo (en caso de requerirse):

Nombres y apellidos:

Fecha de firma (día/mes/año): |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|_| y

Hora: |__|_|:|__|_| AM PM

Firma:

MSc. Lic. Mallelin Rodríguez

Mateo Investigador principal

Anexo 2

Operacionalización de las variables de estudio

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Indicadores	Escala
Edad	Cuantitativa continua	Dimensión cronológica en años cumplidos en el momento del evento.	Rango de edad	25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59
Estado de salud de la mujer adulta con CCU.	Cualitativa ordinal politónica (dependiente)	Descripción y/o medida de la salud del individuo o Población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.	Nivel	Estado de salud bueno: Cuando la mujer adulta con CCU es independiente en las actividades de la vida diaria e independiente en las actividades instrumentadas de la vida diaria. Nivel I Estado de salud regular: Cuando la mujer adulta con CCU es independiente al menos en las actividades de la vida diaria, Nivel II. Estado de salud malo: Cuando la mujer adulta con CCU es dependiente en las actividades de la vida diaria e independiente en las actividades instrumentadas de la vida diaria. Nivel III.

Modelo de cuidados continuos

Cualitativa (dependiente)

“Conocimiento que favorece un cuidar a la mujer con CCU de forma integral, a todos los niveles y durante todas las fases de la enfermedad lo que implica atender al paciente desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social.”

Aplicación del modelo

SI NO

<p>Manifestaciones clínicas</p>	<p>politómica</p>	<p>Son signos y síntomas de la enfermedad que aparecen según estadio y diseminación a otros órganos.</p>	<p>signos y síntomas</p>	<p>Digestivas. Signos y síntomas: diarrea, estreñimiento y rectorragia. Génito urinarios: Signos y síntomas: disuria, polaquiuria, tenesmos vesicales, hematuria, leucorrea y metrorragia. Neurológicas. Signos y síntomas: cefalea y confusión mental. Síntomas generales: anorexia, pérdida de peso, astenia y dificultad para la marcha. Asintomáticas: sin síntomas ni signos Metastásicas: dolor óseo, disnea y tos.</p>
<p>Cuidado de Enfermería</p>	<p>Cualitativa ordinal dicotómica</p>	<p>Forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.</p>	<p>Compromiso, aprecio y responsabilidad</p>	<p>Aceptable: cuando la relación personal de Enfermería , paciente con CCU se realiza con compromiso, aprecio y responsabilidad personal. Inaceptable: cuando la relación personal de Enfermería , paciente con CCU se realiza sin alguno de los elementos compromiso, aprecio o responsabilidad personal.</p>

<p>Cuidados continuos a las mujeres con CCU</p>	<p>Cualitativa ordinal dicotómica</p>	<p>Atención integral a todos los niveles y durante todas las fases de la enfermedad. El paciente debe ser atendido desde un punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social.</p>	<p>tratamientos radioterápicos y sistémicos, el tratamiento de apoyo, el control de los síntomas, los cuidados paliativos y la atención en la etapa final de la vida.</p>	<p>Cuidados continuos adecuados: cuando se suministran durante todas y cada una de las fases de la enfermedad: el diagnóstico, los tratamientos radioterápicos y sistémicos, el tratamiento de apoyo, el control de los síntomas, los cuidados paliativos y la atención en la etapa final de la vida.</p> <p>Cuidados continuos inadecuados: cuando no se suministran durante todas y cada una de las fases de la enfermedad: el diagnóstico, los tratamientos radioterápicos y sistémicos, el tratamiento de apoyo, el control de los síntomas, los cuidados paliativos ni en la atención en la etapa final de la vida.</p>
<p>Nivel de información del personal de Enfermería</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<p>Grado de acumulación, procesamiento analítico sintético y lógico almacenamiento, recuperación y diseminación de la información sobre las mujeres con CCU.</p>	<p>Grado</p>	<p>Grado alto: cuando la acumulación, procesamiento analítico sintético y lógico, almacenamiento, recuperación y diseminación de la información sobre las mujeres con CCU</p>

				se posee al 100%
				<p>Grado medio: cuando la acumulación, procesamiento analítico sintético y lógico, almacenamiento, recuperación y diseminación de la información sobre las mujeres con CCU Posee al 70%.</p> <p>Grado bajo: cuando la acumulación, procesamiento analítico sintético y lógico, almacenamiento, recuperación y diseminación de la información sobre las mujeres con CCU se posee a menos del 50%.</p>
Viabilidad	Cualitativa nominal dicotómica	Análisis para conocer la probabilidad que existe de poder llevar a cabo un proyecto con éxito. ¹⁰⁵	Plausibilidad Justificación Adecuación Éxito	Si No
Satisfacción a la mujer adulta con CCU con el cuidado continuo recibido	Cualitativa ordinal politónica	Aprobación final de la calidad de la atención que refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar	Satisfacción	(+1) Máximo de satisfacción. (+0,5) Más satisfecho que insatisfecho. (0) No definido y contradictorio. (-

las necesidades
de los
pacientes.

0,5) Más
insatisfecho que
satisfecho. (-1)
Máxima
insatisfacción.

Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
LICENCIATURA EN SISTEMAS
Ingeniería de Software Empírica

Prof. Adj.: Mg. Ing. Hernán Amatriain

Instructor: Lic. Gerónimo Tondato

TEST DE VIABILIDAD

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de viabilidad permite determinar si se puede abordar el problema mediante las técnicas de INCO. Para llevar a cabo dicha evaluación se ha elegido el test de viabilidad propuesto por la metodología seleccionada.

Dicho test está conformado por un conjunto de características, a las que debe asignar valores el Ingeniero en Conocimientos, en adelante IC, de acuerdo al grado de comprensión que éste posea del problema, de los expertos con los que se cuenta, de los usuarios del sistema y sus colaboradores, etc.

Este test distingue cuatro dimensiones:

Plausibilidad: Determina si es posible utilizar la INCO para el sistema planteado. Es decir, si se cuenta con los medios necesarios para poder abordar el problema desde la INCO.

Justificación: Determina si se justifica utilizar la INCO para resolver el problema, o es que se está forzando a resolver el problema con una tecnología costosa desde varios puntos de vistas: económicos, de eficiencia, de efectividad, etc.

Adecuación: Determina si la INCO permite abordar el problema. Es decir, si las características de la INCO realmente permiten abordar el problema.

Éxito: Determina si existe la alta colaboración y predisposición por parte del experto para el desarrollo del sistema y alta convicción de los directivos para afrontar los costos de este tipo de ingeniería.

TEST VIABILIDAD

Para estudiar la viabilidad del proyecto se utiliza el método propuesto en la metodología IDEAL. Dicho método es de tipo métrico, usa ponderaciones, utiliza la media armónica como métrica e incorpora la manipulación de valores lingüísticos mediante intervalos difusos.

1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS

Las características mencionadas en el test de viabilidad poseen componentes indicativos de su naturaleza, que hay que tener en cuenta para su uso. Estas características son:

Categoría: Muestra a quién se referirá la característica: Directivos, Usuarios o a los Expertos.

Peso: Permite dar una importancia relativa a cada característica en la globalidad del test. El peso tiene dos componentes, uno de carácter numérico, que puede tomar un valor entero en el intervalo [1.10]. La otra es de carácter binario, la cual toma el valor + si la importancia favorece la construcción del SE y - si disminuye el grado de interés en el desarrollo del sistema.

Naturaleza del valor asociado a la característica: Puede ser booleano, numérico o lingüístico.

Tipo: Una característica puede ser deseable o esencial y muestra su importancia.

Umbral: Es una referencia para características esenciales, este valor es fijo, pero es necesariamente igual en todas las características, y es de la misma naturaleza que el valor de las características.

Valor: Para cada proyecto hay que asignarle un valor a cada característica dentro del conjunto de valores adecuados de acuerdo a su naturaleza.

2.2. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS

Este método considera los siguientes tipos de valores: *Booleanos* (Valores: Sí -No), *Numéricos* (Valores en el intervalo [1, 10]), y *Lingüísticos* (Valores: Nada, poco, regular, mucho, todo).

2.2.1. VALORES LINGÜÍSTICOS

Un valor lingüístico se define por su función de pertenencia del intervalo [0, 10] en el intervalo [0, 1]; que indica en qué grado se ajusta a dicho valor lingüístico, sabiendo que

cuanto más se acerca

la función a 1, más cierto es el valor lingüístico.

3.1. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PARA EL SISTEMA

A continuación, se expone la valoración de las características por dimensiones:

Dimensión de Plausibilidad:

Característica P1: Existen expertos, están disponibles y son cooperativos.

Análisis: Se dispone de un grupo de abogados pertenecientes a un estudio jurídico, que se desempeñan en la actualidad en derecho laboral.

Valor: Sí

Característica P2: El experto es capaz de estructurar sus métodos y procedimientos de trabajo.

Análisis: Los expertos han demostrado ser ordenados y estructurados en sus procedimientos de trabajo, a lo que se suma su experiencia en casos de accidentes laborales.

Valor: Mucho

Característica P3: La tarea está bien estructurada y se entiende.

Análisis: La tarea se encuentra muy bien estructurada y se entiende. Existe gran cantidad de información disponible que se encuentra estructurada pero no vinculada entre sí. Este es justamente uno de los puntos que le interesa a los expertos ya que el sistema introducirá una propuesta para vincular con precisión la información disponible.

Valor: Todo.

Característica P4: Existen suficientes casos de pruebas y sus soluciones asociadas.

Análisis: Los expertos cuentan con suficientes casos de prueba con las soluciones de los mismos. En el capítulo 8 se incluyen los casos de prueba utilizados.

Valor: 10.

Característica P5: La tarea solo depende de los conocimientos y no sólo del sentido común.

Análisis: La esencia de la tarea es el conocimiento, pero al existir situaciones ambiguas, el sentido común y la experiencia es importante.

Valor: 9

Dimensión de Justificación:

Característica J1: Resuelve una tarea útil y necesaria.

Análisis: Dado que el ganar un juicio depende de la habilidad del abogado y las leyes que cite para respaldar la situación, la disponibilidad de una herramienta de asistencia a la preparación de dicha situación sería de gran utilidad. Además, permitirá ahorrar mucho tiempo en la búsqueda de dichas leyes.

Valor: Mucho.

Característica J2: Se espera una alta tasa de recuperación de la inversión.

Análisis: Se estima que se logrará una importante mejora en la productividad, dado que obteniendo las leyes, artículos e incisos que involucran a la situación, se logrará que se prepare un caso teniendo en cuenta todas las variables involucradas.

Valor: 7

Característica J3: Hay escasez de experiencia humana.

Análisis: Sí, el estudio jurídico no cuenta con muchos especialistas en el área laboral. Se requiere de abogados con vasta experiencia en el área para que puedan estructurar y vincular con precisión las leyes, artículos e incisos vinculados con el caso.

Valor: Mucho

Característica J4: Hay necesidad de tomar decisiones en situaciones críticas o ambientes hostiles, penosos y/ o pocos gratificantes.

Análisis: No existe ninguna posibilidad de que se deban tomar decisiones críticas, o en ambientes hostiles, penosos o poco gratificantes.

Valor: Poco.

Característica J5: Hay necesidad de distribuir los conocimientos.

Análisis: La distribución de los conocimientos es necesaria debido a que cada caso es una situación particular y es necesario que se informe al conjunto de abogados sobre las incumbencias del mismo. **Valor:** Todo.

Característica J6: Los conocimientos pueden perderse de no realizarse el sistema.

Análisis: No. Lo que se puede llegar a perder es precisión sobre qué leyes, artículos e incisos involucran el caso.

Valor: Mucho.

Característica J7: No existen soluciones alternativas.

Análisis: Si bien existen algunos sistemas en hipertexto realizados por software tradicional no son lo suficientemente precisos al relacionar las leyes con los casos planteados.

Valor: Sí.

Dimensión de Adecuación:

Característica A1: La transferencia entre humanos es viable.

Análisis: La existencia de gran cantidad de bibliografía disponible hace factible que dicha experiencia pueda transmitirse a otras personas mediante el guiado del proceso.

Valor: Mucho

Característica A2: La tarea requiere "experiencia".

Análisis: La experiencia del abogado permite tratar el caso con mayor precisión teniendo en cuenta todas las posibles interpretaciones de las leyes.

Valor: Mucho.

Característica A3: Los efectos de la introducción del Sistema Experto no pueden preverse.

Análisis: Los efectos de la introducción del SE se pueden prever poco, ya que contamos con un grupo de abogados con poca experiencia en sistemas software.

Valor: Regular

Característica A4: La tarea requiere razonamiento simbólico. **Análisis:** Existe razonamiento simbólico en este sistema normativo. **Valor:** Regular.

Característica A5: La tarea requiere el uso de heurísticas para acotar el espacio de búsqueda.

Análisis: Sí, ya que se necesita identificar claramente la situación a tratar para poder así precisar qué leyes, artículos e incisos están involucrados.

Valor: Mucho.

Característica A6: La tarea es de carácter público y más táctica que estratégica.

Análisis: Esencialmente es una tarea de carácter público y con un fuerte carácter táctico. Sin embargo, existe una dosis de carácter estratégico para poder determinar qué leyes, artículos e incisos benefician en mayor medida a la causa.

Valor: Sí.

Característica A7: Se espera que la tarea continúe sin cambios significativos durante un largo período de tiempo.

Análisis: Sí, ya que las leyes no sufren modificaciones por largos períodos de tiempo.

Valor: Mucho.

Característica A8: Se necesitan varios niveles de abstracción en la resolución de la tarea.

Análisis: Existe un nivel medio de abstracción, ya que las leyes tratan genéricamente ciertas situaciones, y las mismas son de carácter práctico.

Valor: Poco.

Característica A9: El problema es relativamente simple o puede descomponerse en subproblemas.

Análisis: La estructuración del conocimiento jurídico permite obtener departamentalización

orientada a descomponer el problema en subproblemas.

Valor: Mucho.

Característica A10: *El experto no sigue un proceso determinista en la resolución del problema.*

Análisis: Cada proyecto a analizar es un problema diferente y su resolución demandará un nuevo análisis.

Valor: Sí.

Característica A11: *La tarea acepta la técnica de prototipado gradual.*

Análisis: Se han determinados distintos subproblemas para los cuales es posible iniciar el proceso de prototipado gradual del sistema experto.

Valor: Sí.

Característica A12: *El experto resuelve el problema a veces con información incompleta o incierta.*

Análisis: Si bien el experto resuelve problemas con información incompleta, no es conveniente realizarlo ya que esto le quita precisión para tratar el caso.

Valor: Poco.

Característica A13: *Es conveniente justificar las soluciones adoptadas.*

Análisis: Es muy conveniente justificar las soluciones, ya que son la defensa ante cualquier situación de litigio.

Valor: Todo.

Característica A14: *La tarea requiere investigación básica.*

Análisis: La tarea se apoya sobre un universo normativo que no requiere de investigación básica.

Valor: No.

Característica A15: *El sistema funcionará en tiempo real con otros programas o dispositivos.*

Análisis: No es necesario que el sistema actúe en tiempo real, ni que interactúe con otros sistemas o dispositivos.

Valor: Nada.

Dimensión de Éxito:

Característica E1: *Existe una ubicación idónea para el SE.*

Análisis: Sí, existe una ubicación óptima para el SE, la ubicación del SE será el estudio jurídico del experto.

Valor: Todo.

Característica E2: *Problemas similares se han resuelto con INCO.*

Análisis: No existen referencias sobre otros sistemas del estilo planteado resueltos en INCO, en Argentina.

Valor: Si

Característica E3: *El problema es similar a otros en los que resultó imposible aplicar esta tecnología.*

Análisis: No, no existen referencias sobre este punto.

Valor: No.

Característica E4: *La comunidad del proyecto está influenciada por vaivenes políticos.*

Análisis: De acuerdo a pocas circunstancias, la comunidad del proyecto se va a ver afectada por vaivenes políticos. La única circunstancia posible es un cambio en la normativa.

Valor: Regular.

Característica E5: *La inserción del sistema se efectúa sin traumas, es decir, apenas se interfiere en la rutina cotidiana.*

Análisis: La inserción del sistema se podrá realizar sin interferir en las tareas habituales del estudio de abogados.

Valor: Regular.

Característica E6: *Se dispone de experiencia en INCO.*

Análisis: No existe experiencia previa. Se dispone de material bibliográfico realizado por expertos con experiencia previa y con el asesoramiento de los mismos.

Valor: Regular.

Característica E7: *Se dispone de los recursos humanos, hardware y software necesarios para el desarrollo e implementación del sistema.*

Análisis: Existen todos los recursos necesarios, tanto técnicos como humanos, para el desarrollo del sistema y su posterior implementación.

Valor: Mucho.

Característica E8: *El experto resuelve el problema en la actualidad.*

Análisis: En la actualidad el experto resuelve el problema, con la problemática de no asegurarse si se han contemplado todas las leyes, artículos o incisos que incumben al caso.

Valor: Todo.

Característica E9: *La solución del problema es prioridad para la institución.*

Análisis: La solución es un problema prioritario para el estudio jurídico, ya que permitirá ganar gran cantidad de tiempo en la búsqueda de leyes, artículos e incisos referentes al caso, permitiendo así una adecuada preparación del mismo.

Valor: Mucho.

Característica E10: *Las soluciones son explicables.*

Análisis: El sistema debe explicar cada solución adoptada de modo de brindar un buen nivel de ayuda a los usuarios a continuar con el proceso.

Valor: Todo.

Característica E11: *Los objetivos del sistema son claros y evaluables.*

Análisis: Los objetivos del sistema están claramente establecidos y son evaluables, además se pueden comparar con causas ya resueltas.

Valor: Mucho.

Característica E12: *Los conocimientos están repartidos entre un conjunto de individuos.*

Análisis: Se cuenta con un cierto número de abogados especializados en derecho laboral, con diversa experiencia en el tema. Por lo cual en determinados momentos se necesita la colaboración de más de un experto.

Valor: Poco.

Característica E13: *Los directivos, usuarios, experto e IC están de acuerdo en las funciones del SE.*

Análisis: Se ha llevado una tarea de conciliación de objetivos.

Valor: Mucho.

Característica E14: *La actitud de los expertos ante el desarrollo del sistema es positiva y no se sienten amenazados por el proyecto.*

Análisis: Se espera con entusiasmo el desarrollo del SE, para luego continuar con el proyecto global (sistema de ayuda para otras normativas).

Valor: Mucho.

Característica E15: *Los expertos convergen en sus soluciones y métodos.*

Análisis: Todos los expertos poseen una formación similar y adoptan soluciones convergentes.

Valor: Mucho.

Característica E16: *Se acepta la planificación del proyecto propuesta por el IC.*

Análisis: La planificación del proyecto propuesta fue aceptada.

Valor: Sí.

Característica E17: *Existen limitaciones estrictas de tiempo en la realización del sistema.*

Análisis: No existen plazos rígidos en cuanto a la realización del sistema, pero es deseable finalizarlo en un tiempo razonable en función de los futuros proyectos de la organización.

Valor: Regular.

Característica E18: *La dirección y usuarios apoyan los objetivos y directrices del proyecto.*

Análisis: La dirección y los usuarios apoyan ampliamente los objetivos del proyecto.

Valor: Mucho.

Característica E19: *El nivel de formación requerido por los usuarios del sistema es elevado.*

Análisis: No, el sistema está dirigido a personas con conocimientos básicos de manejo de ordenadores.

Valor: Regular.

Característica E20: *Las relaciones IC – Expertos son fluidas.*

Análisis: Las relaciones entre el IC y los expertos son fluidas por haber participado previamente en otros proyectos.

Valor: Mucho.

Característica E21: *El proyecto forma parte de un camino crítico con otros sistemas.*

Análisis: El proyecto no forma parte de ningún camino crítico con relación a los otros proyectos del estudio jurídico.

Valor: No.

Característica E22: *Se efectuará una adecuada transferencia tecnológica.*

Análisis: Se ha previsto la elaboración de un plan de capacitación a los usuarios, como también la confección de los manuales necesarios para el uso del SE.

Valor: Mucho.

Característica E23: *Lo que cuenta en la solución es la calidad de la respuesta.*

Análisis: La calidad de las respuestas es muy importante. El usuario debe encontrar satisfactorias las respuestas que el SE le presente ya que una mala respuesta por parte del SE llevaría a un mal proceso legal o a desconfiar en la información dada por el sistema.

Valor: Sí.

Anexo 4.

Guía de observación abierta a la actuación del personal de Enfermería en el cuidado a la mujer adulta con CCU

Objetivo: Registrar la actuación del personal de Enfermería en el cuidado a la mujer adulta con CCU.

- a) Ambiente general y características del contexto.
- b) Cuidado del personal de Enfermería a la mujer adulta con CCU.
- c) Características de la enfermera.
- d) Modo de relación de la enfermera con la mujer adulta con CCU.
- e) Actuación de la enfermera durante la intervención de Enfermería .
- f) Interdisciplinariedad e intersectorialidad.
- g) Forma en que el personal de Enfermería lleva a cabo los cuidados.

Anexo 5.

Guía de observación abierta a la actuación del personal de Enfermería en el cuidado continuo a la mujer adulta con CCU.

Objetivo: Registrar la actuación del personal de Enfermería en el cuidado continuo a la mujer adulta con CCU.

- a) Ambiente general y características del contexto.
- b) Cuidado continuo del personal de Enfermería a la mujer adulta con CCU.
- c) Características de la enfermera.
- d) Modo de relación de la enfermera con la mujer adulta con CCU.
- e) Actuación de la enfermera durante la intervención de Enfermería .
- f) Interdisciplinariedad e intersectorialidad.
- g) Forma en que el personal de Enfermería lleva a cabo los cuidados continuos.

Anexo 6.

Encuesta de satisfacción a la mujer adulta con CCU en la Atención Primaria de Salud

Estimado (a). usted ha participado en una investigación que pretende la mejora de los cuidados continuos de Enfermería . Se necesita conocer su opinión sobre los que ha recibido por el personal de Enfermería .

Marque con una equis (X) el juicio que más se acerca a su criterio.

1. ¿Se siente satisfecha con los cuidados que recibe del personal de

Enfermería ? _____ Muy satisfecha _____ Satisfecha _____

Poco satisfecha ___ No satisfecha _____ No puedo responder

2. ¿Cómo valora el apoyo recibido por parte del personal de Enfermería ?

___ Muy satisfecha ___ Satisfecha ___ Poco satisfecha ___ No satisfecha ___

No puedo responder

3. ¿Cuán satisfecha se siente usted con el cuidado que brinda el personal de Enfermería ?

___ Muy satisfecha ___ Satisfecha ___ Poco satisfecha ___ No satisfecha ___

No puedo responder

4. ¿Cómo valora el estado de las relaciones entre el personal de Enfermería y usted?

___ Muy satisfecha ___ Satisfecha ___ Poco satisfecha ___ No satisfecha ___

No puedo responder

5. ¿Cómo se siente con los cuidados que le brinda el personal de Enfermería del consultorio?

___ Muy satisfecha ___ Satisfecha ___ Poco satisfecha ___ No satisfecha ___

No puedo responder

Sus criterios se tendrán en cuenta para la mejora de los cuidados continuos a las mujeres con CCU.

Muchas gracias.

Anexo 7

Cuestionario estructurado relacionado con el nivel de información del personal de Enfermería sobre el cuidado a la mujer adulta con CCU

Dirigido al personal de Enfermería sobre el cuidado a la mujer adulta con CCU. Objetivo: obtener nivel de información que posee personal de Enfermería sobre el cuidado a la mujer adulta con CCU de los Consultorios del Médico de la Familia, sobre contenidos conceptuales y habilidades, relacionados con el con cáncer cérvico uterino, (CCU), y su autocuidado en la mujer adulta.

Estimado enfermero[a]:

Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende realizar un diagnóstico sobre su nivel de información, relacionado con sobre contenidos conceptuales y habilidades relacionados con el cuidado a la mujer adulta con CCU. Por la importancia de la labor que usted realiza, sus criterios resultan en extremo valiosos. Le agradecemos la información y el tiempo que pueda dedicarnos.

1) ¿Posee usted información actualizada sobre el manejo del cáncer cervicouterino?

a) Sí 1. ____ No 2. ____

b) Si 1. Diga cinco (5) factores de riesgos que pueden estar presentes en la aparición del CCU.

2) ¿Conoce Ud. en que edades son más frecuente la aparición del CCU.

a) Sí 1. ____ No 2. ____

b) Si 1. Diga cuales

c) Si 1. Diga diez (10) síntomas y los signos que se pueden manifestar en el CCU.

3) ¿Conoce Ud. la clasificación del CCU?

a) Sí 1. _____ No 2. _____

b) Si 1. Responda verdadero (V) o falso (F) según corresponda con la clasificación y el método de estadiaje correcto.

___ El CCU presenta cinco estadios: el estadio 0 y los estadios del I a IV.

___ El CCU se clasifica en estadios I y II.

___ El CCU se clasifica en grados I, II y III.

___ Dentro de la clasificación del CCU se encuentra el cáncer recurrente que no es más que la reaparición de éste después del tratamiento.

___ El carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial se encuentra en la etapa 0

4) ¿Conoce Ud. ¿Los exámenes que se deben realizar para el diagnóstico precoz del CCU, en la Atención Primaria de Salud?

a) Sí 1. ____ No 2. ____

b) Si 1, enumere dos (2) de ellos.

_____, _____.

c) ¿Se necesita realizar complementarios a los hijos de un paciente con CCU? Si _____ No ____

Si es si justifique el porqué:

5) ¿Conoce Ud. sobre el cuidado?

a) Sí 1. ____ No 2. ____

b) Si 1. En que dimensiones actúa el cuidado en la mujer adulta con CCU.

_____, _____, _____.

c) Si 1. Diga diez (10) entidades en que el cuidado forma parte del manejo en la mujer adulta.

_____, _____, _____,

_____, _____, _____,

_____, _____, _____,

_____.

d) Si 1. Diga cinco (5) orientaciones para el cuidado que debe indicar a la mujer adulta con CCU.

_____, _____, _____,

_____ , _____.

6) ¿Conoce Ud. ¿Herramientas para evaluar la capacidad y percepción de cuidado de la mujer adulta?

a) Sí 1. _____ No 2. _____

b) Si 1. que Categorías permiten medirlo.

_____, _____, _____,
_____, _____, _____,
_____, _____.

7) Las acciones dirigidas hacia el mejoramiento del estado de salud en la mujer adulta son primordiales para el manejo del CCU y deben ser tenidas en cuenta en el cuidado a las personas de este grupo etario diagnosticadas con esta entidad. Encierre en un círculo la letra mayúscula que representa la alternativa de respuestas correctas: **Acciones a realizar para lograr**

modificaciones de estado de salud:

1. Incrementar la actividad física para disminuir obesidad y sedentarismo.
2. Disminuir el consumo de alimentos condimentados y fritos en la dieta.
3. Eliminar el consumo de bebidas alcohólicas.
4. Orientar el consumo de bebidas gaseadas.
5. Eliminar o disminuir el consumo diario de cigarrillos.
6. Consumir yogurt, alimentos con fibras en la dieta.
7. Añadir a la dieta alimentos ahumados y enlatados.

8. Debe permanecer encamado.

8) ¿Cómo considera usted que influye su conocimiento sobre el cuidado en el CCU y la posesión del mismo por la mujer adulta?

Anexo 8

Análisis crítico del contenido de los documentos rectores que regulan el cuidado a la mujer con CCU en la APS.

Documentos o Programas	Categoría de análisis	Resultados del análisis
1. Programa Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero (1999)	Objetivos	<p>Su objetivo esencial se vincula con disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad del cáncer del cuello de útero mediante la detección del mismo en su etapa más temprana posible, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz completa.</p> <p>Este objetivo se plantea sin tener en cuenta los niveles de asimilación y los diversos infinitivos que se utilizan para este efecto.</p>
	Contenidos	<p>Relacionado con la disminución de la mortalidad y el conocer la morbilidad del cáncer del cuello de útero mediante la detección de en su etapa más temprana posible, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz completo.</p> <p>Con relación al contenido, se ofrece el mismo en la forma de propósito y no se ofrecen vías metodológicas para el logro del mismo. La formulación de las</p>

		<p>actividades declaradas para el logro de los objetivos específicos adolesce de las vías instrumentadas para su implementación: El ¿cómo lograrlas?</p>
<p>2. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (2001)</p>	<p>Objetivos</p>	<p>Disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad del cáncer del cuello de útero mediante la detección de en su etapa más temprana posible, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz. Este objetivo se plantea sin tener en cuenta los niveles de asimilación y los diversos infinitivos que se utilizan para este efecto.</p>
	<p>Contenidos</p>	<p>Contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acción de prevención promoción, protección y recuperación en las mujeres, realizadas por el Sistema Nacional de Salud en coordinación del estado, la colaboración del organismo de masas y a la participación activa de la comunidad. Con relación al contenido, se ofrece el mismo en la forma de propósito y no se ofrecen vías</p>

		metodológicas para el logro del mismo.
3. Programa Integral para el Control del Cáncer Cérvico Uterino (2012)	Objetivos	<p>Contribuir al desarrollo de capacidades en instituciones y personas para mejorar la gestión de control de cáncer.</p> <p>Este objetivo se plantea sin tener en cuenta los niveles de asimilación y los diversos infinitivos que se utilizan para este efecto.</p>
	Contenidos	<p>Se vinculan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la implementación del PICC en y entre todos los niveles del SNS. • Mejorar el trabajo en y con equipos. • Contribuir a la coordinación del trabajo intersectorial y comunitario para implementar el Programa de desarrollo para la atención integral al cáncer. • Fortalecer la integración con la APS y otros procesos del Sistema Nacional de Salud. <ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar el conocimiento mediante la gestión de interfaz para la innovación, generalización e introducción de resultados

		<p>en el SNS, emprendiendo los cambios necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizar procesos de apoyo para la introducción de los productos y servicios generados en el sector salud, en otros sectores o a partir de experiencias internacionales. • Implementar el Programa de Desarrollo para la Atención Integral al Cáncer. Con relación al contenido, no se ofrecen vías metodológicas para el logro de las acciones dispuestas para el mismo. <p>La formulación de las actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos no cubre el espectro que en esa dirección puede contribuir al CCU. Las actividades declaradas en los objetivos específicos poseen un enfoque clínico médico, exceptuando de las mismas el quehacer enfermero para el alcance de las metas.</p>
4. Programa Integral	Objetivos	Disminuir la morbilidad y

<p>para el Control del Cáncer en Cuba (2018)</p>		<p>mortalidad por Cáncer de Cuello en Cuba. Este objetivo se plantea sin tener en cuenta los niveles de asimilación y los diversos infinitivos que se utilizan para este efecto.</p>
	<p>Contenidos</p>	<p>Se vincula con contribuir a elevar el nivel de salud de la población femenina mediante acciones encaminada a reducir los factores de riesgos y promover estilo de vida saludable para el control de la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar el universo de mujeres a las acciones de pesquisas. • Organizar el proceso de atención a la mujer en las consultas de patología de cuello • Contribuir a la coordinación del trabajo en equipo con los profesionales implicados según corresponda <ul style="list-style-type: none"> • Lograr la participación activa de los equipos básicos de salud unidos a otros sectores de la sociedad. <p>Con relación al contenido, se ofrece el mismo en la forma de propósito y no se ofrecen vías</p>

		<p>metodológicas para el logro del mismo. Las mejoras del estado de salud de la población son concebidas mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una íntima vinculación con las masas, pudiéndose redimensionar su alcance sustentado en el enfoque sistémico y en la búsqueda de posibilidades de perfeccionamiento de la salud de la población.</p>
<p>5. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer (2020)</p>	Objetivos	<p>Contribuir al desarrollo de capacidades, en instituciones profesiones y técnico de la salud para mejorar la gestión del control del cáncer.</p> <p>Este objetivo se plantea sin tener en cuenta los niveles de asimilación y los diversos infinitivos que se utilizan para este efecto.</p>
	Contenidos	<p>Representados por fortalecer el funcionamiento de la red de atención del paciente con Cáncer en todos los niveles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las acciones prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. • Mejorar el trabajo en

		<p>equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a la coordinación del trabajo intersectorial y comunitario. • Educar a profesionales dentro y fuera del sector de la salud; así como la población en general en el control de la enfermedad. <p>Con relación al contenido, se ofrece el mismo en la forma de propósito y no se ofrecen vías metodológicas para el logro del mismo. Dada la vigencia de la A.P.S, como intervención y como sub-sistema de atención, los contenidos del Programa aún muestran su actualidad; pero a la luz del redimensionamiento de la A.P.S, los mismos deben reestructurarse para satisfacer las demandas siempre crecientes de los individuos, familias y comunidades.</p>
<p>1. Programa Diagnostico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero (1999)</p> <p>2. Programa Nacional de</p>	<p>Métodos</p>	<p>Se limitan a la inclusión del análisis del estado de salud de la mujer con CCU en el diagnóstico de la situación de salud y no al análisis de la situación de salud de este grupo poblacional como parte esencial de esa investigación, para</p>

<p>Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (2001)</p> <p>3. Programa Integral para el Control del Cáncer Cérvico Uterino (2012).</p> <p>4. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba (2018).</p> <p>5. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer (2020).</p>		<p>resolver los principales problemas que se presenta en la atención de los mismos con participación comunitaria.</p> <p>Necesita incrementarse el uso de las diversas formas de comunicación social y diseño gráfico (láminas, pancartas) para lograr resultados contribuyentes en la educación para la salud de estos pacientes como parte del tratamiento y no la educación para el tratamiento.</p>
<p>1. Programa Diagnostico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero (1999)</p> <p>2. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (2001)</p> <p>3. Programa Integral</p>	<p>Medios</p>	<p>La relación distribución, comportamiento de la enfermedad y orientaciones para la consecución de los objetivos, no se muestra de forma explícita.</p>

<p>para el Control del Cáncer Cérvico Uterino (2012).</p> <p>4. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba (2018).</p> <p>5. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer (2020).</p>		
<p>1. Programa Diagnostico Precoz del Cáncer de Cuello del Útero (1999).</p> <p>2. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (2001).</p> <p>3. Programa Integral para el Control del Cáncer Cérvico Uterino (2012).</p> <p>4. Programa Integral</p>	<p>Evaluación</p>	<p>Existe desbalance entre los indicadores evaluativos, los contenidos y objetivos expresados en los mismos, con énfasis en el control de las enfermedades no transmisibles, y las necesarias modificaciones de los estilos de vida para el logro de conductas generadores de salud.</p>

**para el Control del
Cáncer en Cuba
(2018).**

**5. Programa Integral
para el Control del
Cáncer en Cuba.
Estrategia Nacional
para el Control del
Cáncer (2020).**

Anexo 9.

**Historia clínica del
paciente. MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA**

ONCOLOGÍA

MODELO

68-22-01

GINECOL

OGIA

(UTERO)

I-REMISIÓN

REMITIDO POR: DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

% No remitido % Atención primaria %Programa de
control % Atención secundaria • No • Si

II- ANAMNESIS

1. MOTIVO DE CONSULTA

- 1. Asintomática % 5. Adenopatías % 8. Fístula %
- 2. Descarga vaginal % 6. Sangramiento % 9. Aumento volumen %
- 3. Sangramiento postcoito abdomen %
- 4. Dolor % 7. Dispareunia % 10. Otros %

2. PRIMER SÍNTOMA: _____

3. TIEMPO DE APARICIÓN

Días Meses Años

III- ANTECEDENTES

1. PERSONALES REPRODUCTIVOS 2. PATOLÓGICOS PERSONALES Y DE RIESGO

a. Edad de la menarquía _____% No % Exposición radiaciones %

Neoplasia ginecológica

b. Edad primeras relaciones sexuales _____% HTA % Infección HPV %

Ovario

c. Edad primer embarazo _____% Diabetes % Neoplasia intraepitelial
cervical (NIC) % Cérvix

d. Número de embarazos _____% Obesidad % Hiperplasia endometrial %

Mama

e. Número de parejas sexuales _____% Infertilidad % Terapia hormonal

e. Edad menopausia _____ % Otra neoplasia

Cual(es)?:

3. FAMILIARES DE CÁNCER GINECOLÓGICO FAMILIARES DE OTRO

TIPO DE CANCER

% Ninguno % Ovario % Cérvix % No % Si % Desconocido

% Endometrio % Mama % Desconocido Cual (es) neoplasia

(S):

IV- EVALUACIÓN CLÍNICA

1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN 2. MOVILIDAD

- **Vegetante • Plana • Móvil**
- **Infiltrante • Submucosa • Disminuida**
- **Ulceroso vegetante • Nodular • Fijo**
- **Ulceroso infiltrante • Otro**

3. TAMAÑO DE LA LESIÓN (DIÁMETRO MAYOR) mm

4. LOCALIZACIÓN ADENOPATÍAS

% Cuello sin especificar % Labio posterior % Inguinales

% Canal endocervical % Ambos labios % Pélvicas

% Labio anterior % Cuerpo útero % Para aórticas

5. ESTADO DE LOS PARAMETRIOS

Derecho Izquierdo

% No infiltrado % No infiltrado

% Infiltrado hasta tercio interno % Infiltrado hasta tercio interno

% Infiltrado hasta tercio medio % Infiltrado hasta tercio medio

% Infiltrado completo % Infiltrado completo

6. EXTENSIÓN CLÍNICA A:

% Localizado % Anejos % Fístula

% Vagina % Pared pélvica % Otros

% Cuello % Vejiga %

% Cuerpo % Recto %

_____ • •
Grado de diferenciación: Base del diagnóstico:

- E. Clínico • P. Bio. Inmunol • Hematología • Descono.
- Inv. Clínica • Citología • Histología
- Diferenciado
- Moderadamente diferenciado
- Poco diferenciado
- Indiferenciado
- No determinado
- No procede • Cirugía • Citogenética •

Otras

- VI-ESTADIAMIENTO

Metástasis a distancia:

% Ninguna % Pulmón Pleura % Hígado % Ovario

% Otras TNM: T|_____| N |_____| M |

_____|

pTNM: pT |_____| pN |_____| pM |_____| % Hueso % Ganglios Dist

%

Cerebro % Piel y TCS %

Desc. Etapa Clínica:

Extensión clínica:

- In Situ • Ic • Ilc • Illc • IVc • In situ • Ext. directa y linf. regionales

- I • II • III • IV • Desconocido • Localizado • Metástasis a distancia
- Ia • IIa • IIIa • IVa • No procede • Extensión directa • No aplicable
- Ib • IIb • IIIb • IVb • Linfático regionales •

Desconocido VII-TRATAMIENTO

En otro centro En la Institución Tratamiento planificado: Inclusión en EC

- No • No % Ninguno % Radioterapia % Hormonoterapia % Otra % Si % No
- Parcial • Parcial % Cirugía % Quimioterapia % Inmunoterapia % Desc.

Cual?: (poner código)

- Completo • Completo Si otra:
- Cual?

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: • No • Si 2.

TRATAMIENTO HORMONOTERAPIA: • No • Si

Tipo de cirugía: _____

Cual?:

Fecha inicio:

(dd/mm/aa) | | | / | | | / | | |

Fecha: (dd/mm/aa) |_|_|/|_|_|/|_|_|| Fecha final:
(dd/mm/aa)

|_|_|/|_|_|/|_|_||

3. TRATAMIENTO RADIOTERAPIA: • No • Si BRAQUITERAPIA: • No • Si

Tipo: _____ • Alta
tasa de

dosis • Baja tasa de dosis

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |_|_|/|_|_|/|_|_|| Fecha inicio:
(dd/mm/aa)

|_|_|/|_|_|/|_|_||

Fecha final: (dd/mm/aa) |_|_|/|_|_|/|_|_|| Fecha final:
(dd/mm/aa)

|_|_|/|_|_|/|_|_||

Dosis Total _____ Gy Fracción: _____ Gy Do
sis total _____ Gy Fracción _____ Gy

3. TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA: • No • Si 4. OTRO TRATAMIENTO: •

No •

Si

Esquema: _____ No Ciclos _____

Cual?

Fecha inicio: (dd/mm/aa) |_|_|/|_|_|/|_|_|| Fecha inicio:
(dd/mm/aa)

|_|_|/|_|_|/|_|_||

Fecha final: (dd/mm/aa) |_|_|/|_|_|/|_|_|| Fecha final:

(dd/mm/aa)

|_|_|/|_|_|/|_|_|

VIII- RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Evaluación de la respuesta. • RC • RP • EE • EP • No procede

Fecha:

|_|_|/|_|_|/|_|_| **Observaciones:**

Medico: RP: Firma:

Anexo 10

Tabla 4. Caracterización de la muestra de estudio según estado de salud: signos y síntomas durante período de experimentación. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020

SIGNOS Y SÍNTOMAS																																			
Síntomas Génito urinarios										Síntomas digestivos					Síntomas generales							Síntomas neurológicos			Síntomas metastásicos										
D	%	H	%	P	%	T V	%	L	%	M	%	R	%	E	%	D R	%	A	%	A X	%	P P	%	D P M	%	C	%	CM	%	DO	%	D N	%	T	%
2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6	2	16,6

Fuente: Historias clínicas

Leyenda

D: Disuria

H:

Hemat

uria P:

Polaqu

iuria

TV: Tenesmo

vesical L:

Leucorrea

M:

Metrorra

gia R:

Rectorr

agia E:

Estreñi

miento

DR:

Diarrea

A:

Aste

nia

AX:

Anor

exia

PP: Pérdida peso

DPM: Dificultad para la
marcha TEG: Toma estado
general

C: Cefalea

CM:

Confusión

mental DO:

Dolor óseo

DS:

Disn

ea

T:

Tos

Anexo 11

Programa de capacitación para personal de Enfermería

Título: Por un mejor cuidado continuo a la mujer adulta con CCU desde la perspectiva de Enfermería .

Especialidad: Enfermería .

Modalidad: Tiempo parcial.

Duración: 44 horas.

Créditos: 1.

Dirigido a: Enfermeros (as) de los Consultorios Médicos y Enfermera de la Familia del Policlínico Arcelio Suárez Bernal de Jatibonico.

Fecha de comienzo:

Fecha de terminación:

Sede: Policlínico Comunitario Docente Arcelio Suárez Bernal. Jatibonico.

Objetivo general: Instruir a los enfermeros (as) de los Consultorios Médicos y Enfermeras de la Familia del Policlínico Arcelio Suárez Bernal de Sancti Spíritus con acciones de Enfermería dirigidas al cuidado continuo a la mujer adulta con CCU en el contexto comunitario.

Temas y contenidos por temas:

1. Documentos rectores de la atención integral de la mujer con CCU en la comunidad: Programa Nacional de Atención de la mujer con CCU, Sub-programa de atención comunitaria.

2. Creación de conductas generadoras de salud. Acciones dirigidas

a lograr modificaciones del estilo de vida de la mujer adulta con CCU:

Control del peso corporal. Incremento de la actividad física. Disminución del consumo de azúcar.

Disminución de la ingestión de alcohol. Niveles adecuados de calcio, grasas, colesterol. Beneficios del consumo de frutas, vegetales y fibra alimentaria.

Eliminación del hábito de fumar.

3. Diagnóstico. Evaluación clínica. Dispensarización: Concepto.

Dispensarización de la mujer adulta con CCU.

4. Tratamiento: Tratamiento farmacológico y no farmacológico. Pilares

para la modificación del estilo de vida.

5. Seguimiento: Visita de terreno, concepto, características, elementos a

tener en cuenta para el seguimiento de la mujer adulta con CCU en el consultorio y el hogar.

6. Responsabilidad y corresponsabilidad en el cuidado al de la mujer

con CCU en la comunidad: Rol del enfermero (a). Responsabilidad individual y familiar. La familia como factor protector en la salud del de la mujer adulta con CCU en la comunidad.

7. Cuidado continuo a la mujer adulta con CCU. Acciones específicas de Enfermería para dar respuesta a las demandas de este tipo de paciente.

Organización, horario y calendario de actividades.

Actividad	FOTD	Duración/horas	Profesor
Tema No.1	Conferencia	4	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No.2	Conferencia	8	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No.3	Conferencia	2	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No. 4	Conferencia	4	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No. 5	Conferencia	2	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No. 5	Clase Práctica	4	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No. 6	Conferencia	8	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Tema No. 7	Conferencia	8	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Examen	Teórico	4	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo
Total		44	MSc. Mallelin Rodríguez Mateo

Anexo 12

Caracterización de los especialistas

entrevistados Objetivo: caracterizar a los

especialistas entrevistados

E1: Licenciada en Enfermería . Diplomada en Terapia Intensiva, Máster en Atención Integral a la mujer. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería . Miembro del capítulo espirituario de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Profesora del curso manejo del CCU en mujeres. Miembro del Consejo Científico de la institución. Mayor de 45 años de edad y 23 años de experiencias en la atención a la mujer con CCU. Posee publicaciones relacionadas con el tema. Residente en Sancti Spíritus.

E2: Licenciada en Enfermería . Diplomada en terapia Intensiva. Máster en Atención Integral a la mujer, Máster en Longevidad satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador agregado. Miembro titular de la Sociedad de Enfermería ; Mayor de 50 años de edad y 20 años de experiencias en la atención a la persona mayor, con 13 publicaciones, de ellas 9 relacionadas con la persona mayor. Residente en Sancti Spíritus.

E3: Licenciada en Enfermería . Diplomada en Terapia Intensiva. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional. Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería . Miembro del capítulo espirituario de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Profesora del Diplomado de Longevidad satisfactoria. Mayor de 45 años de edad y 27 años de experiencia, varios de ellos dedicados a la atención del paciente adulto, con publicaciones relacionadas con el tema.

Residente en Sancti Spíritus.

E4: Licenciada en Enfermería . Especialista en Enfermería comunitaria. Master en

Educación Médica. Diplomada en Educación Médica Superior; diplomada en Enfermería Materno Infantil; diplomada en Proceso de Atención de Enfermería . Profesor Auxiliar. Miembro de la Sociedad Cubana de Enfermería . Se desempeñó como coordinadora del curso de Enfermería en la Comunidad. Tiene cuatro publicaciones en revistas internacionales. Mayor de 50 años de edad, 39 años de experiencia laboral y de ellos 31 dedicados a la Atención Primaria de Salud. Residente en Sancti Spíritus.

E5: Dr. C Psicológicas. Licenciada en Psicología. Profesor Titular. Ha desempeñado cargos de dirección en la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Ha participado en eventos y Jornadas Científicas. Miembro del capítulo espiritano de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Mayor de 50 años de edad, 32 años de graduada y 28 de ellos dedicados al trabajo en la Atención Primaria de Salud. Residente en Sancti Spíritus.

E6: Dr. C. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Interna. Máster en urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud, máster en Longevidad satisfactoria. Profesor Titular. Investigador Titular. Posee 20 publicaciones en revistas de impacto, diez de ellas sobre adultos. Miembro del capítulo espiritano de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Miembro del comité académico del Diplomado en educación Médica. Mayor de 50 años de

edad, 30 años de graduado. Residente en Sancti Spíritus.

E7: Licenciada en Enfermería . Especialista en Enfermería Comunitaria. Master en educación Médica. Profesor Auxiliar. Aspirante a investigador. Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería . Miembro del capítulo espirituario de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Profesora del diplomado de dirección en salud. Mayor de 45 años de edad; 24 años de experiencia en la profesión, de ellos 16 dedicados a la atención al adulto. Residente en Sancti Spíritus.

E8: Dr. C. de la Enfermería . Licenciada en Enfermería . Especialista en APS. Diplomada en Urgencia y Emergencia en Enfermería . Máster en Educación Médica. Profesor Titular. Investigadora Titular. Miembro titular de la Sociedad Cubana de Enfermería . Profesora del Curso predoctoral. Fungió como vicedirectora provincial de Enfermería y como directora de Ciencia y tecnología. Miembro del capítulo espirituario de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Mayor de 45 años de edad; 20 años de experiencia en la profesión, de ellos 18 dedicados a la atención al adulto. Residente en Sancti Spíritus.

E9: Doctora en Medicina. Especialista en Medicina General Integral, Especialista en Gerontología y Geriatria. Diplomada en Educación Médica y Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Especialista de segundo grado. Ocupa cargos de dirección a nivel institucional. Miembro de la Sociedad de medicina familiar.

Miembro del capítulo espirituario de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Mayor de 50 años de edad; 27 años de experiencia en la profesión, de ellos 17 dedicados a la atención al adulto. Residente en Sancti Spíritus.

E10: Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Máster en Salud

Pública. Posee 12 años de experiencia laboral como profesional de la salud, 16 años de experiencia en el trabajo y atención a personas mayores. Ha publicado tres artículos sobre el tema en revistas de impacto. Miembro del capítulo espirituano de la Sociedad de Educadores en Ciencias de la Salud. Reside en Sancti Spíritus.

Anexo 13

Examen pretest para identificar el estado de salud de las mujeres con CCU antes de introducido el Modelo de cuidados continuos

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	PUNTOS
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACION DE LA COMIDA:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
Mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
Lava por si solo toda la ropa	1
Lavo por si solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0

No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0

La Puntuación final es la suma de todas del valor de todas las respuestas. Las opciones de respuesta puntúan 1 (la persona las realiza de forma (Independiente) o 0 (Dependiente).

Anexo 14

Examen postest para identificar el estado de salud de las mujeres con CCU después de introducido el Modelo de cuidados continuos

ESCALA DE LAWTON Y BRODY	PUNTOS
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	1
Necesita ir acompañada para cualquier compra	1
Totalmente incapaz de comprar	1
PREPARACION DE LA COMIDA:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	1
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	1
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1
CUIDADO DE LA CASA:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	1
LAVADO DE LA ROPA:	
Lava por si solo toda la ropa	1
Lavo por si solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1

Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	1
No es capaz de administrarse su medicación	1
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	1

La Puntuación final es la suma de todas del valor de todas las respuestas. Las opciones de respuesta puntúan 1 (la persona las realiza de forma Independiente) o 0 (Dependiente).