



**Universidad Privada Norbert Wiener  
Escuela de Posgrado**

Eficacia del programa de capacitación “Cuidados paliativos oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de Tres Diris de Lima Metropolitana y Diresa Callao 2022

**Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias de Enfermería con Mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería**

**Presentado por:**

Goyburu Molina De Gómez, Marlene Esther

**Código ORCID:** 0000-0001-6025-7906

**Asesor(a):** Mg. Maguiña Palma Misael Erikson

**Código ORCID:** 0000-0002-4545-7413

**Lima – Perú  
2022**

Tesis

EFICACIA DEL PROGRAMA DE CAPACITACION “CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGICOS” EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MÉDICOS Y ENFERMERAS/OS DE TRES DIRIS DE LIMA METROPOLITANA Y DIRESA CALLAO 2022”

Línea de investigación

Salud, Enfermedad y Ambiente

Asesor(a)

Mg. MAGUIÑA PALMA MISAEL ERIKSON

Código Orcid: 0000-0002-4545-7413

## **Dedicatoria**

Agradecida a mis amados y admirables Padres Walter y Esther, por quererme tanto y enseñarme la importancia de vivir con principios éticos, de ser auténtica y sincera, de cultivar el amor a mi profesión y la importancia de concluir con las metas proyectadas.

## **Agradecimiento**

A DIOS por los padres que me ha dado.

A DIOS por los hermanos que me ha dado.

A mi amado esposo, por su amor y apoyo incondicional.

A mi Familia por quererme y apoyarme tanto.

## **Índice general**

Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	9
CAPITULO I: EL PROBLEMA	10
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1 Problema general	14
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación de la investigación	16
1.4.1 Teórica	16
1.4.2 Metodológica	17
1.4.3 Práctica	18
1.5 Limitaciones de la investigación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes de la investigación	20
2.2 Bases teóricas	31

2.3 Formulación de hipótesis	46
2.3.1 Hipótesis general	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	47
3.1. Método de investigación	47
3.2. Enfoque investigativo	47
3.3. Tipo de investigación	47
3.4. Diseño de la investigación	48
3.5. Población, muestra y muestreo	48
3.6. Variables y operacionalización	50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.7.1. Técnica	52
3.7.2. Descripción	52
3.7.3. Validación	55
3.7.4. Confiabilidad	55
3.8. Procesamiento y análisis de datos	55
3.9. Aspectos éticos	57
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	58
4.1 Resultados	58
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	58
4.1.2. Prueba de hipótesis	64
4.1.3. Discusión de resultados	66
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1 Conclusiones	68
5.2 Recomendaciones	69

REFERENCIAS	70
ANEXOS	79
Anexo 1: Matriz de consistencia	80
Anexo 2: Instrumento	82
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	86
Anexo 4: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	88
Anexo 5: Programa de intervención	89
Anexo 6: Carta de Validación de Instrumento	97
Anexo 7: Contraste de dimensiones	100
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin	106

## **Resumen**

Se realizó la intervención el objetivo de medir la eficacia el Programa de Capacitación en Cuidados Paliativos Oncológicos en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermera/os de establecimientos de salud del primer nivel de atención de tres Direcciones de Salud de Lima Metropolitana (DIRIS) y la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA).

Se analizaron las calificaciones y las respuestas de 110 participantes del Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos”.

Se aplicó un cuestionario cognitivo antes de la intervención denominado pre test constituido con 20 preguntas, en el cual la calificación promedio obtenida por los participantes fue de 9.85 puntos y, culminado el programa de capacitación se aplicó el mismo cuestionario cognitivo denominado

post test en el cual la calificación promedio obtenida por los participantes fue de 14.15 puntos, encontrándose una diferencia significativa entre las calificaciones alcanzadas en el pre test y el post test ( $p < 0.05$ ). Por lo que esta variación porcentual importante observada evidencia la mejora en los conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los participantes, lo que influirá en una mejora en la atención sanitaria.

**Palabras claves:** cuidados paliativos, calidad de vida, control de síntomas.

### **Abstract**

The intervention was carried out with the objective of measuring the effectiveness of the Training Program in Oncological Palliative Care in knowledge of health professionals, doctors and nurses of health establishments of the first level of care of three Health Directorates of Metropolitan Lima and the Regional Directorate of Callao.

The qualifications and responses of 110 participants of the Training Workshop "Oncological Palliative Care" were analyzed.

A cognitive questionnaire was applied before the intervention called pre-test constituted with 20 questions, in which the average grade obtained by the participants was 9.85 points and, after the training program, the same cognitive questionnaire called post test was applied in which the average grade obtained by the participants was 14.15 points, finding a significant difference between the grades achieved in the pre-test and the post-test ( $p < 0.05$ ). Therefore, this important percentage variation observed shows the improvement in the knowledge in oncological palliative care of the participants, which will influence an improvement in health care.

**Key words:** palliative care, quality of life, symptom control.

## **Introducción**

El cáncer en el Perú es un problema de salud pública, por el gran daño e impacto económico, social y familiar que provoca en las personas que lo padecen, al causar muertes prematuras y discapacidades en un importante grupo de enfermos (50%).

La oferta limitada de establecimientos de salud especializados en cáncer, la ausencia de servicios de cuidados paliativos y la falta de personal profesional de la salud con entrenamiento en el tratamiento del dolor y el control de los síntomas causados por el cáncer avanzado y en estado terminal, están determinando la falta de atención oportuna y accesibilidad a estos servicios ocasionando el deterioro en la calidad de vida del paciente, llevándolo a un sufrimiento extremo, incluida su familia.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

Hacia el final de la década de los 80 en países de Europa y de Norteamérica se impulsa el desarrollo de la medicina paliativa y el tratamiento del dolor, para cubrir enormes vacíos de la atención médica y del equipo de salud existentes en el cuidado de las personas que sufrían enfermedades mortales necesitando el alivio de síntomas físicos y emocionales al final de su vida.

En la Región de Latinoamérica, mencionaremos que aún son pocos los países que han incorporado a sus sistemas de salud directivas, lineamientos o normas técnicas que permitan la inclusión en los

tres niveles de atención de los cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas que permitan brindar el cuidado de personas con enfermedades crónicas amenazantes para la vida, como se menciona en el documento Norma General Técnica N° 32 del MINSAL de Chile (1). El Consejo Ejecutivo de la OMS, (2), insta a todos los países del mundo a incorporar y/o reforzar en sus sistemas de salud la asistencia de carácter paliativa; de tal manera que la población tenga oportunidad a tratamientos de carácter curativo, de carácter de rehabilitación, pero también al alivio de los síntomas y una muerte digna si la enfermedad es mortal. Es así que, podemos evidenciar la incorporación de los cuidados paliativos en el Plan de Acción Mundial de la OMS 2013-2020 en aspectos de la Prevención y el Control de Enfermedades no Transmisibles y se elabora la lista de Medicamentos Esenciales, donde se incluyen recomendaciones muy específicas de los medicamentos básicos para la asistencia en salud en cuidados paliativos.

Según las estadísticas mundiales, mencionan que se reporta por año la existencia de más de 20 millones de pacientes que requieren de atención de cuidados paliativos sobre todo en situación compleja de final de sus vidas, y en estos cálculos cerca de un 6% corresponde a población de niños. Se menciona también que, si se decide incluir a todas las personas que requieren recibir atención de cuidados paliativos en la fase temprana de su enfermedad incurable, la cifra correspondiente ascendería al menos a 40 millones de personas en su calidad de pacientes. Es importante así mismo tener en cuenta que si los cuidados paliativos abarcan algún tipo de apoyo a los familiares del paciente, estas necesidades de atención se multiplicarían por más de dos, por esta razón surge la recomendación a los países del mundo, que incluyan la asistencia paliativa como componente esencial de sus sistemas de salud, en consonancia con los esfuerzos que se deben realizar para alcanzar la cobertura sanitaria universal, lo cual implica superar los problemas como: la falta de políticas sanitarias y estrategias que reconozcan la asistencia

paliativa como una necesidad de asistencia a los pacientes con enfermedades incurables ; también afrontar situaciones de los sistemas de salud como son la falta de recursos de carácter financiero y de estructura para establecer servicios que garanticen una atención oportuna así como el garantizar el acceso a los medicamentos esenciales o básicos, que ya están recomendados por la OMS y de manera muy especial los analgésicos de carácter opioides para el alivio del dolor; y un tercer aspecto importante que hay que tener en cuenta para la incorporación de los CP en los sistemas de salud es la debilidad en los conocimientos de los profesionales sanitarios, los voluntarios o líderes comunitarios y público en general sobre los beneficios que otorgan los cuidados paliativos. Los esfuerzos por hacer visibles esta filosofía de atención han de centrarse en aliviar el sufrimiento de las personas con menos posibilidades de recursos y hacer posible que estas se beneficien de la asistencia paliativa, como se señala en el Atlas Mundial de Cuidados Paliativos al Final de la Vida (3).

La mejora de la atención de carácter integral a los enfermos que se encuentran con enfermedad avanzada y en estado de enfermedad terminal, que son los pacientes que necesitan de los CP, es un elemento cualitativo esencial que debe ofrecer nuestro sistema de salud, garantizando así el adecuado desarrollo de estos cuidados en cualquier región de nuestro país, en cualquier circunstancia o situación en la que se encuentre la persona enferma, basándose en los principios universales de equidad y cobertura a través de la descentralización de la red sanitaria. Para obtener éxito en la aplicación de estos cuidados son necesarias dos estrategias: la primera referente a la formación en conocimientos en cuidados paliativos de todos los profesionales de la salud según sus competencias y la segunda estrategia, el desarrollo de programas y servicios exclusivos de cuidados paliativos con profesionales competentes en conocimientos y con posibilidad de intervención en los tres niveles de atención con énfasis en el primer nivel, como lo enfatiza la OMS, antes mencionada.

Cabe mencionar el comentario de la experta Cicely Saunders (4) con respecto a los pacientes con diagnóstico de cáncer que se encuentran en estado de enfermedad terminal, avanzada, progresiva, incurable y mortal, en que ya no es posible un tratamiento carácter de cirugía, radioterapia, quimioterapia o cualquier otro tipo de terapia curativa, y cuya indicación más acertada es proporcionarle cuidados paliativos.

La OMS define a los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, señalan Kubler-Ross (5), la Guía de Enfermería en Cuidados Paliativos (6). Los CP -de acuerdo con Schwarmann (7) y Tutt (8) mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, controlando principalmente el dolor y los demás síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

El control de los síntomas que provoca cualquier enfermedad incurable en estado de evolución grave o que generan situaciones de intenso dolor físico y emocional en los pacientes resultan en muchas ocasiones difícil de abordar. Sin embargo, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y cuidados especiales disponibles para ayudarlos a sentirse mejor a través del alivio de los síntomas de forma inmediata. Este abordaje está sustentado en los cuidados paliativos y el objetivo principal es aliviar el dolor y otros síntomas y mejorar la calidad de vida como lo señala la European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care (9). Los CP son conducidos por médicos y enfermeras mediante talleres o programas, por ello éstos profesionales requieren permanente actualización de conocimientos no sólo de la temática sino de

la metodología de un programa de CP. En este contexto los conocimientos son importantes y necesarios para ejecutar actividades, procesos, cuidados que según Lister (10), el conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, permitiendo de esta manera generar nuevos conocimientos. La actualización de conocimientos deberá siempre ser eje de interés en la formación académica del personal de salud, acoplado al desarrollo de habilidades y destrezas formando así, la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les permitirá brindar relevantes cuidados.

Es evidente, que la calidad de vida del paciente oncológico con enfermedad en progresión se ve mejorada cuando se le instalan los cuidados paliativos, mediante programas, como sostiene la OPS (11).

En este contexto mencionamos que una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor mortalidad en el Perú es el cáncer, estadísticamente va en aumento en los últimos años pese a los esfuerzos realizados para su tamizaje, detección precoz y las más actualizadas opciones terapéuticas. Se crea el Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú (12), cuyo propósito es reducir la carga de la enfermedad de cáncer en la población, con un planteamiento de atención integral que incluye la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos.

En el año 2012 el Ministerio de Salud emite el Decreto Supremo N° 009 – 2012 SA que declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso de los Servicios Oncológicos en el Perú, documento que insta a la implementación de Preventorios Oncológicos y Unidades Oncológicas incluyendo la atención en cuidados paliativos oncológicos.

En el año 2019 la Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) del Ministerio de Salud inicia la elaboración del documento “Taller de actualización y fortalecimiento para los

profesionales de salud en cuidados paliativos oncológicos”, el cual luego de revisiones y actualizaciones respectivas se ejecuta en los meses de octubre a diciembre 2021 y enero 2022, dirigido a los profesionales de la salud médicos/as y enfermeras/os de tres Direcciones de Salud de Lima Metropolitana (DIRIS) y la Región Callao (DIRESA) , con la finalidad de mejorar los conocimientos de estos profesionales y lograr así, implementar en la cartera de servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención los cuidados paliativos oncológicos.

Ante esta iniciativa, se plantea lo siguiente:

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la eficacia del Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/o de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es el nivel de conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao antes de la intervención?

¿Cuál es el nivel de conocimientos en cuidados paliativos oncológicos en los profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao después de la intervención?

¿Cuáles son las diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos antes y después de la intervención del programa de capacitación en los profesionales de la salud que fueron incluidos en el taller?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la eficacia del Programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar los conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao antes de la intervención.
2. Identificar los conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao después de la intervención.
3. Analizar la eficacia del Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao antes y después de la intervención.

### **1.4. Justificación y viabilidad de la investigación**

#### **1.4.1. Teórica**

Esta investigación aportará conocimientos para un mejor desarrollo de la atención paliativa de los pacientes que lo necesita , en un entorno mundial sociodemográfico que transita a la cronicidad de enfermedades como el cáncer, requiriéndose así, la inclusión de programas de cuidados paliativos que fomenten el incremento de coberturas de atención en salud y mejoren la calidad de vida de las personas con enfermedades que condicionan una situación limitante, tanto de sus vidas, como la de sus familias/cuidadores. Actualmente, en situaciones de personas con enfermedades limitantes para la vida que deciden permanecer en su domicilio durante la etapa final de su enfermedad, no se cuenta con un programa de atención domiciliaria para un adecuado control de síntomas físicos, emocionales y espirituales producidos por la progresión de una enfermedad amenazante para la vida como lo es el cáncer, debido al escaso número de personal de salud calificado en esta área de intervención.

La incorporación de los cuidados paliativos en la cartera de servicio existente en los servicios oncológicos que funcionan a nivel nacional, dirigidos al paciente adulto con enfermedad de cáncer en estado avanzado, nos permitirá contribuir en mejorar la calidad de vida de las personas (los enfermos, sus familias/cuidadores) a través de estrategias de referencia y contrarreferencia, descentralización y atención oportuna, evaluación clínica, valoración de síntomas y tratamiento farmacológico y no farmacológico más efectivo.

Actualmente en el Perú, el cáncer es la segunda causa de morbimortalidad, siendo detectado en estadios clínicos avanzados como son EC III y EC IV, es decir enfermedad con metástasis y tributaria de cuidados paliativos y tratamientos oncológicos con intención de detener la enfermedad en lo posible y atenuar las complicaciones. Durante el periodo de progresión de la enfermedad. el dolor se presenta como síntoma principal en un 80% de pacientes, motivo por el cual son derivados al Servicio de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN, para el

tratamiento oportuno de alivio del síntoma y control de síntomas que degenera una enfermedad de cáncer en estado avanzado y terminal.

#### **1.4.2. Metodológica**

Realizar esta investigación nos permitió en primer lugar, evaluar la necesidad de elaborar un programa de capacitación con el abordaje de temas a dictar de conocimientos básicos en cuidados paliativos oncológicos que deben poseer los médicos y enfermera/os de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Es así que se elabora el Programa de Capacitación en Cuidados Paliativos Oncológicos y se elaboran los instrumentos de evaluación que demostrarán la eficacia de la intervención en referencia a la transferencia de conocimientos, así como el logro de los objetivos.

En relación al beneficio y costo para realizar la evaluación de la eficacia del Programa de capacitación, la inversión fue asumida por el investigador principal, considerando que los resultados obtenidos beneficiaran a la población y el MINSA se beneficiará al dejar instrumentos elaborados y validados para subsiguientes intervenciones.

#### **1.4.3. Práctica**

Esta investigación demuestra la importancia que tiene la transferencia de conocimientos a los profesionales de la salud, a través del incremento de sus conocimientos reflejado en la mejora de sus intervenciones en la atención de los pacientes en los establecimientos de salud donde laboran en las tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao. Así mismo demuestra lo oportuno de replicar las capacitaciones en otras regiones del país, pues a pesar de contar en nuestro territorio con tres instituciones descentralizadas especialistas en atención de enfermedades oncológicas, al Norte el IREN Trujillo, al Centro el IREN Centro –Concepción Junín y al Sur el IREN Arequipa,

estas instituciones aún se encuentran en proceso de consolidación de sus unidades funcionales o servicios de cuidados paliativos oncológicos y tratamiento del dolor, por lo que su cobertura de atención es aún poco efectiva, siendo un factor condicionante de esta situación la falta de profesionales de la salud capacitados que permita una atención adecuada de estos pacientes a través de la formación de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, lo que ocasiona que los pacientes se movilicen del interior del país con sus familiares/cuidadores a establecimientos de salud de Lima, como lo es el INEN, en busca de atención especializada ya sea por su propia voluntad o derivados de Hospitales Generales, para el diagnóstico de la enfermedad, evaluación clínica y tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Esta movilización ocasiona que los pacientes migren temporalmente a la ciudad de Lima en condiciones poco favorables, hospedándose en casa de familiares cercanos o no, en hospedajes según sus condiciones económicas o en albergues subsidiados por ONGs. Así mismo en el aspecto familiar sufren la separación momentánea de sus seres queridos y socialmente apartarse de sus pertenencias (casa, terrenos, trabajo).

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

- No cubrir todas las vacantes destinadas para cada DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.
- Ausentismo del personal seleccionado por cubrir actividades propias del ámbito asistencial.
- No lograr el 100% de asistencia.
- Cada participante se sometió a la firma de un consentimiento informado.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

## 2.1 Antecedentes de la investigación

### Internacionales

- Un grupo de investigadores licenciados en enfermería de Colombia, **Claro B., Quiroga Y., Sarmiento K., Yazo D. (2,017)**, realizan un estudio de investigación relacionado a la importancia de procurar y mantener la calidad de vida en pacientes con cáncer, aspecto importante que como mencionamos anteriormente, se basa la filosofía de los cuidados paliativos, sobre todo en la etapa final de la progresión de la enfermedad, mediante su estudio “Intervenciones de Enfermería que procuran la mejor calidad de vida de los pacientes con cáncer al final de la vida”. El objetivo de este trabajo estuvo enfocado en describir de forma sistemática las intervenciones del profesional de enfermería durante la progresión de la enfermedad y al final de la vida. Interesante porque es necesario ubicarnos en nuestro marco teórico, en algún estudio que nos menciones sobre estos aspectos.

Utilizaron una metodología de análisis sistémico de revisión de literatura mediante el diseño de investigación documental y retrospectiva. Llegaron a la conclusión de que la prestación de los servicios profesionales de enfermería a pacientes con diagnósticos de carácter oncológico en la fase de la enfermedad terminal, debe brindarse desde la base de un bordaje de atención integral y ética, que se debe tener en cuenta la importancia de un apoyo emocional contundente y psicosocial que se debe brindar a todos los pacientes, pero también a sus familiares y enfatizar que el rol del enfermero en cuidados paliativos considera el orientar al paciente y familiar a convivir y aceptar los momentos difíciles emocionalmente y sobre todo lograr la aceptación dando paso a la tranquilidad moral y a la tranquilidad espiritual. (13)

- **Alonso J. (2013)**. Argentina, Realiza un estudio muy interesante referente a “El tratamiento del dolor por cáncer en el final de la vida: es un estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos”.

Mencionaremos que el país de Argentina es un país de la Región de Latinoamérica, se ha desarrollado mucho en aspectos de cuidados paliativos en adultos y cuidados paliativos pediátricos, inclusive tiene incluido como programa estratégico en su sistema de salud. Así que me pareció interesante este estudio sobre todo porque se hace mención del dolor como el principal síntoma a tratar en los pacientes con cáncer y necesitamos el recurso farmacológico para aliviarlo, y uno de los puntos de la capacitación de los profesionales que participan en mi estudio es el tratamiento farmacológico del dolor. El objetivo del autor fue analizar las estrategias de los profesionales de la salud de cuidados paliativos de un servicio exclusivo en el cual el investigador concretó este estudio, para instrumentar y consensuar los términos del protocolo del tratamiento del dolor en los pacientes y sobre todo del tratamiento desde el punto de vista farmacológico. Utilizó un método de carácter de estrategia cualitativa, basada en la combinación de técnicas de recolección de datos y luego observaciones icnográficas en el propio servicio, y finalmente entrevistas estructuradas y charlas informales con los profesionales de la salud y los pacientes. Llegó a conclusiones muy interesantes y hallazgos muy interesantes, como resultados menciona que el alivio del dolor manifestado como el adecuado control del síntoma físico es uno de los principales motivos por los cuales los pacientes acuden al servicio, y esto no escapa a nuestra realidad ya que el dolor es el principal síntoma por lo que los pacientes son derivados a los servicios de cuidados paliativos.

En conclusión, de este estudio importante, cabe mencionar que, pese a los avances de la medicina en esta área, sobre todo porque existe mucha literatura de los países desarrollados que muy bien tiene programas exitosos de cuidados paliativos en los tres niveles de atención, sin embargo, el autor menciona que en la Región y dice que a pesar de los avances que existen en aspectos de cuidados paliativos y sobre todo en aspecto de tratamiento farmacológico, llega a la conclusión que a pesar de los avances en esta área el tratamiento del dolor sigue siendo un aspecto

problemático en los servicios de salud; que debe garantizarse el derecho que tienen todos los pacientes de este tipo de acceder a una atención adecuada y competente y a la medicación adecuada sobre todo para la mejora de la calidad de vida y el alivio del sufrimiento.

Entonces enfocado hacia los conocimientos de los profesionales de la salud, concluye que existe una debilidad sobre todo para consensuar el tratamiento. (14)

- **Brenes M, Brenes J, Núñez C. (2013).** Nos basamos en este estudio realizado en Costa Rica, siendo este uno de los países de la Región que ha avanzado mucho en la investigación en cuidados paliativos y lo insertó en su sistema de salud como estrategia sanitaria. Entonces los investigadores Brenes y Núñez, publican en el año 2013, un estudio en materia de cuidados paliativos y el tratamiento del dolor, como se desarrolló en el país Costa Rica que es uno de los más avanzados de la Región en estos aspectos y titulan este estudio “Pasado y presente de los cuidados paliativos en Costa Rica” realizado en el año 2011 en la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica. Este estudio me pareció importante tomarlo en cuenta porque tiene como objetivo observar cómo se han ido desarrollando estos programas de cuidados paliativos que han llegado a ser exitosos y ejemplo para muchos países de Latinoamérica. Ellos lo que quisieron fue ordenar diferentes manuscritos donde varios autores relatan cómo se han desarrollado cronológicamente los cuidados paliativos a nivel nacional. La metodología que utilizaron fue a través de la búsqueda y recolección de datos y lo resaltante fueron sus resultados, ellos destacan un aspecto muy importante en beneficio de toda la población nacional de Costa Rica, cuanto se beneficia la población con estos tipos de programas a nivel nacional, mencionan que, al implementarse en su sistema de salud, en sus organizaciones se garantiza una calidad de vida en las personas con cáncer y con enfermedades de cuidados paliativos. Considero asimismo bastante importante sus conclusiones en las que mencionan que existen ya en Costa Rica comunidades organizadas y asociaciones sin fines de lucro no gubernamentales que también apoyan y trabajan en forma conjunta con las organizaciones

estatales buscando la mejor manera de llegar a la mayor población posible. Finalmente, los autores mencionan esperanzados que las futuras generaciones de profesionales de la salud, deben conocer cómo se van desarrollando en algunos países como Costa Rica, por ejemplo, corroborando los beneficios que para la población significa tener estrategias a nivel nacional con respecto a los cuidados paliativos, siendo el cáncer una de las enfermedades con mayor impacto de morbimortalidad. (15)

Nuevamente menciono al investigador **Alonso J. (2013)** de Argentina, con otro estudio muy interesante, esta vez con un tema que está referido a los conocimientos en cuidados paliativos y esta vez investigó aspectos de Cuidados Paliativos entre la Humanización y la Medicalización al final de la Vida. Interesantísimo porque al final de la vida es donde nosotros los profesionales de la salud, debemos destacar el acompañamiento y el correcto uso de los fármacos para el alivio de los síntomas. Me interesó este estudio sobre todo porque tiene como objetivo planteado el análisis de la atención de pacientes en estado de enfermedad terminal en servicios de cuidados paliativos, explorando las tensiones entre la humanización del cuidado y el avance en el uso de la medicalización sobre todo al final de la vida. Aspectos muy interesantes porque muchas veces los profesionales de la salud le huimos a esos momentos, al final y se puede caer en el error del abandono del paciente, y eso es lo que no se debe hacer. En este estudio Alonso utiliza un método cualitativo, basado en entrevistas con profesionales de la salud y pacientes, y observaciones etnográficas en servicios de cuidados paliativos en establecimientos de salud de Buenos Aires. Sus resultados, en este artículo evidencian como las lógicas del cuidado y de la medicalización más que lógicas opuestas funcionan de forma complementarias, si es cierto son el complemento, no podemos dejar de utilizar medicamentos, para el alivio de síntomas, cuidados paliativos no sólo son acompañamiento y apoyo emocional, existe un motivo fisiopatológico sobre todo en la enfermedad de cáncer que finalmente se convierte en una enfermedad avanzada metastásica que

lleva a paciente a sufrir síntomas físicos y emocionales. Asimismo, se analizaron la filosofía y las prácticas de un cuidado integral en base a propuestas de humanización en la atención al final de la vida.

Como conclusión, interesante este estudio porque nos reporta aspectos relevantes de la práctica de los cuidados paliativos al tiempo de un intento de humanización, de la atención personalizada del paciente y su familia, suponen el avance de procesos del uso de medicamentos al final de la vida sin excederse, utilizar los necesarios y adecuados y los procesos deben entenderse, nos dice como conclusión, necesariamente como aspectos complementarios, la humanización y los tratamientos farmacológicos son complementarios para el correcto tratamiento de estos pacientes. (16)

Un estudio muy interesante de varios autores **Medina-Zarco LE, De la Cruz-Casas AM, Sánchez-Santaella ME, González-Pedraza Avilés A.** (2012) de España, quienes llevaron a cabo un estudio sobre el “Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos” Interesante porque es un buen sustento para el estudio que he realizado. Ellos tenían como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos del personal de salud de los tres niveles de atención, es decir ellos fueron más amplios en el abordaje de la muestra, obviamente porque en España los cuidados paliativos están muy desarrollados hace muchos años y son exitosos en su sistema de salud de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención de los pacientes de cuidados paliativos, abordaron servicios donde se atendían pacientes con enfermedades terminales y crónicas degenerativas con mal pronóstico de vida. El método que utilizaron es un estudio transversal analítico en los servicios de salud con las características ya mencionadas. Ellos consideraron a todo el personal que labora en clínicas por ejemplo de diabetes, los módulos de pacientes de geriatría y gerontología, unidades del primer nivel de atención y también se enfocaron en el personal del ámbito hospitalario en el personal de clínicas del dolor, que en este país existen,

los servicios de oncología, servicios de geriatría del segundo y tercer nivel de atención, fueron la muestra que ellos decidieron que deberían considerar en este estudio.

Se utilizaron pruebas de T-student y anova. Sus resultados, interesante, ellos nos mencionan que el 7% de la población de estudio obtuvo resultados aceptables en cuanto a los conocimientos totales en cuidados paliativos; 16.7% de toda su muestra en conocimientos fueron validados sobre el síntoma de dolor y 28.5% sin conocimientos generales de cuidados paliativos. En conclusión, mencionan los autores que identificaron una gran necesidad de capacitar al personal de salud, claro, sólo el 7% de su población muestra obtuvieron conocimiento total en cuidados paliativos el resto no, concluyen que el personal de salud desconoce cómo abordar al paciente en etapa de enfermedad terminal, es decir cuando nos referimos a un paciente con enfermedad terminal nos referimos a un paciente que clínicamente se encuentra con menos de dos meses de vida que probablemente ya está postrado y es dependiente de un cuidador, finalmente mencionan de la necesidad de capacitar al personal para que tengan una intervención más competente y adecuada al momento de brindar soporte y cuidados al paciente y su familia. Interesante sobre todo porque a pesar de que España tiene un sistema de salud ejemplo en el desarrollo de años en cuidados paliativos existe esta debilidad en el personal de salud. (17)

- **Corrales-Nevado D. et al. (2012)**, otro estudio de investigadores de España titulado “Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales”, también lo he considerado en este marco teórico ya que me pareció interesante el abordaje que ellos hacen en su estudio de investigación. Consideran como objetivo de este estudio la intención de describir algunas de las propuestas destinadas al fortalecimiento de la continuidad asistencial en cuidados paliativos en el contexto de la atención en el primer nivel. Interesante porque una de las estrategias que aborda la OMS es que los cuidados paliativos deben proporcionarse desde el primer nivel de atención, es más este trabajo de estos

investigadores está enfocado desde la perspectiva de enfermería y del trabajo social en cuidados paliativos. El método fue descriptivo y se obtuvo como resultados que se precisan modelos integrales, bien con esto nos dicen que se debe trabajar en multidisciplinaria y en interdisciplina, integración que significa todos dirigidos a la consecución de un solo objetivo respetando las competencias de los profesionales, precisan modelos integrados que permitan la capacitación de todos los niveles asistenciales lo que facilita la coordinación para la atención, es decir, hablamos de sistema de referencia y contrarreferencia dada la preferencia clara de los pacientes, dicen, por permanecer en su domicilio. Este aspecto no escapa a la realidad de nuestro país, los pacientes una vez informados de su enfermedad y pronóstico, refieren su deseo de retornar a su lugar de origen los que no son de Lima y desean morir en su casa, y hay que respetar, ese es uno de los aspectos que en cuidados paliativos promueve, respetemos donde el paciente desea pasar sus últimos días, donde quiere morir. Entonces dada esa preferencia de los pacientes, dicen ellos, de permanecer en su domicilio, parece claro que estos programas de cuidados paliativos deben fortalecerse en el primer nivel de atención y en programas de visita domiciliaria. Por tal motivo incluí este artículo de investigación interesante porque el plan de intervención que se elaboró en el 2017 en el MINSA, estuvo dirigido a los médicos y enfermera/os del primer nivel de atención, para fortalecer sobre todo la atención domiciliaria.

En conclusión, de este estudio, se menciona que los aspectos relevantes del sistema de salud de su país, destaca y atribuye mención a los profesionales de enfermería en atención primaria de salud incluyendo así mismo mencionan también que se desconocen las actividades de los profesionales trabajadores sociales sanitarios por falta de indicadores suficientes para evaluar la actividad y sus resultados en salud, así como investigaciones destinadas para probar las formas organizativas, innovadoras en cuanto a las organizaciones de cuidados paliativos y el trabajo integrado que es uno de los aspectos que los investigadores deseaban conocer. (18)

Otro trabajo de España en el marco teórico desde el punto de vista internacional de los investigadores **Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E. et al. (2011)**, “Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos”, muy interesante teniendo en cuenta que la profesión de enfermería es un pilar en toda esta corriente filosófica de los cuidados paliativos, de cuidados humanizados, del tratamiento farmacológico correcto, de los cuidados en el domicilio, la/os enfermera/os somos la piedra angular por decirlo así en importancia y lo mencionan todas las organizaciones a nivel mundial. Estos autores mencionan la creciente complejidad de los cuidados que requieren las personas en situación de enfermedad avanzada y al final de la vida y la variabilidad de los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso asistencial nos conducen a clarificar el rol profesional enfermero en el equipo multidisciplinario de cuidados paliativos. Entonces, querían evaluar aspectos relevantes teniendo en cuenta que los objetivos de la profesión de enfermería son brindar cuidados oportunos y de calidad en todas las etapas de vida de la persona. Este trabajo tuvo como objetivo reflexionar sobre la práctica enfermera/o en CP, el método que utilizaron fue la técnica de grupo nominal se seleccionaron 10 enfermeros con más de diez años de experiencia profesional en cuidados paliativos y las categorías elegidas para el estudio fueron evolución de los cuidados de la profesión de enfermería, funciones y actividades de enfermería y la historia de los cuidados paliativos. Sus resultados revelan, que es necesario contemplar la práctica profesional del proceso de cuidados enfermeros en el marco de un modelo conceptual y en el desarrollo de la aplicación de un método científico enfermero. Resaltan asimismo la necesidad de la visualización como un aspecto importante, de las competencias de los enfermeros en cuidados paliativos, así como la importancia de que el enfermero sea visible en el equipo multidisciplinario. Concluyen en resaltar la necesidad de definir más concretamente las competencias de los enfermeros en cuidados paliativos, contrastando con nuestra realidad, considero importante este aporte para poder incluir estas competencias en el currículo de

formación de profesionales enfermería desde pre grado. Recalcan finalmente, la necesidad de avanzar en prácticas reflexivas basadas en evidencia científica y asimismo consideran relevante iniciar una línea de investigación en competencias enfermeras/os en cuidados paliativos. (19)

## **Nacionales**

En este aspecto mencionaremos que, en nuestro país muy poco todavía estamos investigando en cuidados paliativos esto en forma general, tenemos que establecer las líneas de investigación en cuidados paliativos.

- **Fernández Y. (2,013)**, realiza un estudio donde evalúa la “Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión, en el año 2013”. Incluí este estudio en el marco teórico nacional realizado por un profesional médico, porque establecemos en cuidados paliativos la atención a la familia, lo que significa mucha consejería, muchos momentos de conversación, aprender técnicas de comunicación y de establecer programas educativos, por lo que pareció interesante este programa que está dirigido a familiares cuidadores de pacientes de carácter oncológico. El objetivo del estudio fue demostrar la efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia. El método que utilizó fue de tipo cuantitativo, a nivel aplicativo y pre-experimental. Seleccionó una muestra de 30 familiares cuidadores mediante muestreo no probabilístico. La investigación se realizó en tres momentos: momento uno captación y pre test, momento dos la capacitación y momento tres con evaluación post test. Se realizaron así mismo os momentos de vistas domiciliarias para observar como realizan los cuidados los familiares. Los resultados revelaron que un 28% de los familiares conocen el manejo de los cuidados de los pacientes oncológicos, el 66% incrementaron sus conocimientos y finalmente en el seguro momento de la vista domiciliaria se establece que el 96%de los familiares

lograron incrementar los conocimientos sobre aspectos de cuidados de sus pacientes. En conclusión, podemos mencionar que lo más relevante que menciona el autor, es que este modelo de intervención educativa si fue efectivo y tuvo un impacto favorable en el incremento de los conocimientos de los familiares que asumen un rol de cuidador. (20)

**Pinillos L. y Limache A.** médico y enfermero peruanos, estudiaron en el año 2013, las “Contribuciones de la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer”, cabe mencionar que en nuestro país el cáncer sigue ocupando el segundo lugar en morbilidad a pesar de los grandes esfuerzos del MINSA en acciones de prevención y diagnóstico precoz del cáncer. Se forma una coalición con la finalidad de fortalecer las intervenciones de carácter oncológicas a nivel nacional, y es así como estos investigadores deciden estudiar cuales fueron las contribuciones de este grupo de expertos de entidades de salud que formaron esta coalición con el objetivo de evidenciar la fortaleza de la creación de esta coalición a la que ellos también pertenecieron. Su método fue desarrollar un plan estratégico y luego un plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer, y como resultados destacan el trabajo intersectorial, la promoción de la salud orientada a la prevención del cáncer, mediante la información, educación, comunicación que son aspectos que también se enfocan en cuidados paliativos, pero ellos hablan de un programa de atención integral desde la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Es así que, visualizan por primera vez en nuestro país los cuidados paliativos oncológicos. Destacan que establecer lineamientos elaborados en consenso de expertos, contribuyó enormemente en fortalecer aspectos de intervención en cáncer. (21)

**Velasco M. en el 2013,** otro personaje de la salud, médico de profesión, realiza el estudio “Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo”, con el objetivo de documentar el desarrollo de los cuidados paliativos desde los inicios tanto en Inglaterra y contrastarlo con la realidad de nuestro país.

El método que utilizó fue descriptivo, observacional y transversal. Sus resultados fueron enfocados a destacar aspectos en cuanto al manejo de los síntomas difíciles de controlar, dolor uno de ellos, asociados al miedo y la desesperanza, lo que me parece bastante importante su enfoque, hace imperativo un cuidado continuo por profesionales entrenados, que es muy importante la capacitación, destaca que si no estamos capacitados poco se lograría para establecer los cuidados paliativos en nuestro país. Velasco concluye que los cuidados paliativos deben cumplir sus objetivos, que la actitud de los profesionales debe estar basado sobre todo en los conocimientos; que la muerte sea un paso natural, en paz y en compañía con sus seres queridos, pero para el logro de este objetivo se debe establecer un adecuado seguimiento de los pacientes con la finalidad de prevenir y tratar los síntomas molestos, y ya hemos mencionados los síntomas desde el punto de vista del alivio con intervención farmacológica y no farmacológica. (22)

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **Antecedentes y desarrollo de los cuidados paliativos por cáncer**

Mencionaremos que, en la década de los años 80, se establecen los criterios clínicos de una enfermedad terminal que se encuentra en mucha literatura siendo una de ellas la Norma Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de Chile (23), país que hace años ha incorporado en su sistema nacional de salud el alivio del dolor por cáncer y los cuidados paliativos para pacientes adultos y paciente pediátricos.

Es importante recalcar que los CP representan una atención centrada en el paciente, en sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y considerando asimismo especial atención a su familia; la estrategia de intervención se intensifica en las situaciones que se tornan más difíciles durante la progresión de la enfermedad y sobre todo en situación de últimos días de vida del enfermo, es así que los CP resultan una excelente alternativa ante el costoso y nada ético encarnizamiento terapéutico y el abandono, dos extremos de actuación de los profesionales de la salud frente a la situación del cuidado del paciente.

Muchas literaturas mencionan los conceptos de CP y de su intervención a través de un equipo de salud de carácter multidisciplinario e interdisciplinario con conocimientos y entrenamiento en CP, enfocándose en el alivio de síntomas, siendo el dolor el principal síntoma a aliviar en los pacientes con diagnóstico de cáncer. La idea es no prolongar la vida ni adelantar la muerte, es ayudar a vivir los días con calidad, contiene un conjunto de competencias en conocimientos y valores éticos, son la conducta solidaria que deben demostrar los integrantes de los equipos de salud para afrontar como natural el desenlace de la muerte, como lo menciona claramente Astudillo (24).

La familia también es sujeto de atención y cuidados, por asumir el rol de cuidador del enfermo durante todo el proceso de la enfermedad y hasta el final de sus días, requiriendo inclusive atención en la etapa del duelo.

Es muy importante asimismo recalcar, que los CP en su filosofía, no están a favor de la eutanasia ni comparte acciones de prolongar la vida a través de medidas extraordinarias de soporte, que solo prolongarán la agonía y el sufrimiento en los casos de situación de últimos días, lo menciona uno de los profesionales que destaca la filosofía de los cuidados paliativos como lo es Latimer (25).

Bien, hemos mencionado que los cuidados paliativos se ofrecen a través de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios de salud, y mencionaremos que cuando se trata de

cuidados paliativos oncológicos, con la especialidad de oncología debe estar integrada la especialidad de geriatría, considerando que la evidencia científica demuestra que la mayor parte de pacientes con cáncer se presenta en grupos de personas de edad avanzada (tercera edad) según Serrano (26) ya existen reportes estadísticos mundiales que evidencian la incidencia de la enfermedad de cáncer que va en aumento junto con la esperanza de vida.

Otro autor menciona en sus investigaciones que las personas mayores de 65 años que presentan algún tipo de tumor, corresponden en más del 50% a tumores de tipo maligno Feliu (27). Otro investigador señala que los pacientes geriátricos con enfermedades de carácter no oncológicas también se pueden beneficiar de este modelo de atención de CP con la mira del alivio de síntomas y un buen morir. Menciona así mismo que los CP se desarrollan por la experiencia de la especialidad de oncología y, por otra parte, resulta difícil establecer los conceptos de enfermedades no oncológicas en situación de estado terminal. Finalmente se menciona que los estadios finales de las enfermedades crónicas son asumidos por diferentes disciplinas como manifiesta muy bien Navarro (28).

Sin duda hay otros problemas de salud que pueden y deben beneficiarse de los CP por la evolución tórpida de la enfermedad y la presencia de síntomas, que deben ser controlados y aliviados tan igual como las manifestaciones en cuanto a las características y necesidades comunes que los pacientes de carácter oncológico: necesitan de atención y cuidados desde una mirada integral, el enfermo y la familia quienes son la unidad a tratar, cuidar, educar, orientar, acompañar, promocionando la autonomía y la dignidad del enfermo que es lo principal. Todos los autores, al igual que Sanz (29) precisan que la intervención del equipo de salud debe demostrar siempre una actitud muy positiva, activa y de rehabilitación, cálida y solícita, en un ambiente de respeto, de mucha comunicación del tipo terapéutica y asertiva y de soporte, independientemente del ámbito

donde se proporcionen los cuidados, ya sean los establecimientos de salud o en los ámbitos domiciliarios.

En 1982 la OMS, se preocupa por establecer luego de algunas experiencias exitosas, lineamientos que permitan la incorporación definitiva de programas de cuidados paliativos en todos los sistemas de salud del mundo, obviamente bajo la asesoría de un grupo de expertos en la materia, para las respectivas orientaciones y se puedan elaborar Programas Generales de Control de Cáncer, que comprenda actividades de prevención primaria, diagnóstico precoz, tratamiento curativo y alivio del dolor y cuidados paliativos.

El Dr. Twycross (30) es uno de los primeros estudiosos y connotado profesional médico en difundir la necesidad de incorporar competencias en cuidados paliativos en la formación de los profesionales de la salud, menciona “[...] los cuidados paliativos, establecen un balance entre la afirmación y defensa de la vida (es un movimiento en favor de la vida), pero al mismo tiempo ayudan a la aceptación de la muerte como una realidad inevitable.”

La Global Action Against Cancer, es otra de las prestigiosas instituciones que a nivel mundial emite recomendaciones y algunos lineamientos a considerar en referencia al campo de los cuidados paliativos, razón por la cual se han incorporado en nuestra tesis. Ellos claramente se describe que los CP consisten en la asistencia total y activa a los pacientes que padecen enfermedades incurables y que se extiende también los cuidados al entorno del paciente, en este caso la familia, quien sufre el impacto emocional de la enfermedad al asumir el rol de cuidador; esta asistencia es proporcionada a través de un equipo multiprofesional (o multidisciplinario) cuando las esperanzas de curación son nulas y menciona que el objetivo principal del tratamiento, sea este de carácter farmacológico y no farmacológico, ya no consiste en prolongar la vida, sino en proporcionar calidad de vida a los días de vida del paciente, lo que significa un control adecuado y alivio de síntomas que le permitan al paciente autocuidarse y realizar actividades de su vida diaria mientras

su estado físico lo permita. Asimismo, esta institución menciona algunos datos estadísticos tomar en cuenta en referencia a la enfermedad del cáncer, siendo esta una enfermedad que cada año reporta aproximadamente quince millones de pacientes casos nuevos en el mundo ocasionando la muerte a 7,8 millones de personas (31). Consideramos importante también, mencionar otros datos relevantes en cuanto a la presencia del síntoma dolor, datos de la OMS estiman en 29 millones de personas la prevalencia del cáncer en el mundo, de los cuales cerca de 23 millones sufrirán de dolor en cualquier etapa o en todas las etapas de la enfermedad y con más intensidad durante la progresión de la enfermedad, tomado del informe de prevención de las enfermedades crónicas de la OMS publicado en el 2005 (32).

Asimismo, se menciona que un tercio de los cánceres son potencialmente prevenibles, otro tercio es potencialmente curable si se diagnostican precozmente y se ofrece el tratamiento adecuado y el tercio restante, es representado por personas con diagnóstico de cáncer incurable, es decir, diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, enfermos a los cuales se les ofrece alivio de síntomas y mejoras en su calidad de vida con los cuidados paliativos.

En cáncer el síntoma más prevalente y de mayor trascendencia es el dolor por la misma característica de la evolución de la enfermedad, la que ocasiona múltiples metástasis en diferentes órganos, El dolor, que puede estar presente entre un 40 a un 75 % de los enfermos de cáncer, se puede presentar en los diferentes estadios o etapas de la enfermedad como ya lo hemos mencionado. En la mayoría de los enfermos el dolor es manejable con medidas terapéuticas farmacológicas de baja complejidad y a bajo costo.

La OMS antes mencionada, calcula que existen en el mundo, al menos siete millones de personas que sufren dolor causado por la enfermedad del cáncer, siendo lo más relevante de esta afirmación que estos pacientes pueden no recibir el tratamiento adecuado (32) para su alivio.

En cuidados paliativos es muy importante tener en cuenta los cambios en los objetivos de asistencia que ofrecemos al enfermo, pasar de un tipo de asistencia orientado hacia la prevención de complicaciones y curación, a una asistencia orientada hacia el cuidado de soporte al paciente, esto cuando en el curso natural de la enfermedad de cáncer existen las evidencias de un avance progresivo de la enfermedad, determinado por una pobre o nula respuesta al tratamiento convencional de carácter curativo; cuando existe la aparición de numerosos signos y síntomas desagradables que limitan la capacidad física del enfermo, cuando se evidencia un pronóstico de vida corto por la presencia de falla multiorgánica, cuando se evidencia un sufrimiento por parte del paciente y los suyos (la familia) cuando se evidencia clínicamente la proximidad de los últimos días de vida; se ofrecen los cuidados paliativos a través del soporte al enfermo y su familia, el alivio y control efectivo de síntomas físicos, psicológicos, apoyo emocional y espiritual, garantizando la continuidad del cuidado a la unidad paciente- familia desde al ámbito hospitalario y muy en especial en el ámbito del cuidado domiciliario.

Con las características descritas en el párrafo anterior respecto a la enfermedad avanzada de cáncer, los pacientes son denominados "pacientes con enfermedad de cáncer en estado terminal", entendiéndose esta característica con un tiempo de vida corto es decir un tiempo de sobrevida de algunos meses o puede extenderse tal vez 1 o 2 años, en algunos pacientes, que resultan ser los menos.

En conclusión, podemos afirmar luego de nuestra revisión bibliográfica que los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones de atención continua y activa de forma coordinada, a través de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario de salud, acordadas entre el paciente, el equipo de salud y la familia para asegurar el máximo alivio de síntomas y por ende la máxima calidad de vida posible para el enfermo. Sus logros van más allá del control de síntomas y bienestar físico, se busca que el paciente cuente con un apoyo emocional para que acepte su situación actual, pueda

“reafirmar su presente”, su realidad, se pueda dar las oportunidades de reconciliación, hacer un uso adecuado de su tiempo, disfrutar del día a día, la resolución de conflictos pasados, disfrutar de los momentos y oportunidades presentes, establecer metas a corto plazo y diseñar planes hacia el futuro de su familia.

Para la instauración de los cuidados paliativos es indispensable:

- Reconocer (ser objetivo) la ausencia de curación de la enfermedad. El objetivo no es curar sino cuidar.
- Decisión compartida entre el paciente – el equipo de salud – y la familia, y en algunas oportunidades dependiendo de la condición del enfermo estos acuerdos pueden ser tomados entre la familia del enfermo y el equipo de salud.

### **Características de los cuidados paliativos**

- Alivio síntomas que produce la enfermedad avanzado y terminal según la prioridad del síntoma presente que manifiesta el paciente.
- Prevención de síntomas potenciales que se pueden presentar como complicaciones.
- Respetar la autonomía del paciente, lo que nos lleva a una intervención en educación para el autocuidado personal, familiar y domiciliario.
- Consolidación de una red de apoyo psicosocial, ya que el cáncer es una enfermedad catalogada como una enfermedad crónica que requiere de un soporte importante de estos aspectos.
- Compromiso en la continuidad de la asistencia, del ámbito hospitalario al domiciliario, educación continua, asesorías y supervisión del equipo interdisciplinario de salud durante todo el proceso hasta el final extendiéndose a la etapa de duelo, incidiendo que los cuidados paliativos no tienen la intención de adelantar la muerte y tampoco prolongando la agonía.

### **Prevalencia del dolor por cáncer**

El dolor es el principal síntoma motivo de atención en pacientes con cáncer, está presente en un tercio de pacientes que se encuentran en etapa de tratamiento activo de la enfermedad, según Foley (33) y, se encuentra presente en más de dos terceras partes de los pacientes con enfermedad avanzada y progresiva. En respuesta a este problema de salud identificado y no resuelto aún, la OMS ha propiciado ya hace algunos años, el desarrollo de Programas Nacionales de Control del Cáncer a ser considerados como estrategias en los sistemas de salud a nivel mundial.

### **Dolor total**

Cuando se aborda el estudio de ciertas características del síntoma dolor por cáncer en situación avanzada y terminal, científicos investigadores mencionan que llega a afectar entre 70% al 90% de los pacientes, según Sterlin y Daut (34,35). Se menciona así mismo que existen varios tipos de dolor determinados en su clasificación como somático, visceral y neuropático y que, a la valoración del síntoma por medio de la entrevista al paciente, este reporta la presencia de diferentes características lo que finalmente conlleva al diagnóstico de dolor mixto, pero la clasificación más frecuente es la de dolor crónico, nociceptivo, somático como lo dice Casinello (36). Otros investigadores mencionan de forma simplificada que el 80% del dolor es causado por presencia de uno o varios tumores y 20% debido a las modalidades de tratamiento antineoplásico o anticanceroso, según Gonzales y Bardina (37,38). Sin embargo, se menciona que no se debe dejar de considerar que aproximadamente un 10% de pacientes puede reportar dolor por otras causas como son los síndromes, es decir un grupo de síntomas que son inducidos por el propio cáncer y las causas no relacionadas con el cáncer (como son las comorbilidades: infarto miocardio, enfermedad isquémica, enfermedades reumáticas, entre otras) según Valentín y Tres (39,40).

Las localizaciones anatómicas más frecuentes de presencia del dolor, por la extensión de la enfermedad, se evidencia en los pacientes con cáncer de mayor a menor intensidad en: Columna

Vertebral (36%), Abdomen (27%), Tórax (24%), Miembros Inferiores (22%), Cabeza y Cuello y Región Pélvica (17%), Miembros Superiores (11%), Región Perianal (7%).

De igual forma, los estudios clínicos y evidencias científicas señalan que la causa más frecuente de la aparición y presencia permanente del dolor en pacientes con cáncer es debido a las metástasis, que significa invasión de otros órganos conocida como extensión de la enfermedad, siendo las metástasis óseas las que producen mayor intensidad de dolor que reportan los pacientes (por ejemplo, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de próstata). En la clasificación realizada por expertos de los tipos de dolor, el dolor de tipo visceral puede ser muy severo por ejemplo en los casos de cáncer de páncreas y, también podemos observar a pacientes con presencia de los tres tipos de dolor en un mismo momento (dolor mixto), somático, visceral y neuropático como se puede observar en pacientes con diagnósticos de “cáncer pélvico”.

El dolor de tipo neuropático es un dolor que es atribuido a diversas causas de alteración neurológica por invasión del cáncer: como las plexopatías (del plexo braquial, plexo lumbosacro), síndrome de compresión medular, dolor radicular, mononeuropatía, polineuropatías, metástasis leptomeningeas por carcinomatosis meníngea. Las causas mayormente se deben a invasión tumoral directa y/o a metástasis.

Por último, los tratamientos oncológicos en sus diferentes modalidades también pueden contribuir y ser motivo de la presencia de dolor que manifiesta el paciente con cáncer:

a) La cirugía especializada en cáncer: que, a pesar de su evolución a través de los años, sigue siendo en algunas ocasiones de carácter mutilante como lo son síndromes post- cirugía, toracotomía, mastectomía, amputaciones y otros.

b) El tratamiento con radioterapia: es otra de las modalidades de tratamiento que puede producir algunas complicaciones locales como las radiodermatitis o secuelas post tratamiento como las proctitis actínicas, cistitis, enteritis, necrosis ósea, plexopatías.

c) El tratamiento de quimioterapia: que es indicada esta modalidad de tratamiento en el 90% de los cánceres y que consiste en la administración de citostáticos por vía intravenosa, estos medicamentos en sus efectos colaterales producen una depleción del sistema inmunológico, por lo afloran ciertos microorganismos y bacterias observándose presencia de mucositis y/o polineuritis tóxica según Gómez y Caraceni op cit (41,42,43,44,45).

La OMS (46), a quien citamos por su rol relevante en el desarrollo de los cuidados paliativos y la presencia de esta atención sanitaria en todo el mundo, es así que a través de un comité de expertos en alivio del dolor, publica en el año 2006 aspectos importantes como recomendaciones y lineamientos de evaluación y tratamiento farmacológico y no farmacológico para el alivio del dolor por cáncer y, a través de un comité de expertos elaboran un esquema de tratamiento farmacológico consolidado como escalera analgésica, integrada por tres peldaños en búsqueda de establecer un método analgésico eficaz para alivio del dolor en los pacientes con cáncer. Se realizan publicaciones traducidas a 22 idiomas y su difusión por todo el mundo con la finalidad de estandarizar el uso de los analgésicos de menos potentes hasta los más potentes.

Mencionaremos también que en los últimos años existe un avance significativo en las estrategias farmacológicas e de carácter de intervencionismo para un mejor control del dolor crónico por cáncer que está catalogado como un dolor crónico y que puede tornarse de carácter permanente. El síntoma dolor por cáncer sigue siendo hasta el día de hoy un síntoma que permite que conlleva a mucha investigación en referencia a su fisiopatología, evolución, efectividad del tratamiento y representa una de las preocupaciones más importantes de los últimos 30 años en el ámbito sanitario a nivel mundial.

Si hablamos de prevalencia del dolor este se presenta en cualquier estadio de la enfermedad, como ya lo hemos mencionado, pero con la particularidad que se incrementa conforme va progresando la enfermedad del cáncer, sustentado en que la enfermedad invade otros órganos a través de un

mecanismo conocido como metástasis, por lo que se requiere una evaluación, monitorización del síntoma y valoración permanente de la intensidad del mismo, el tipo de dolor y la localización aspectos que van variando desde el inicio de la ubicación del tumor primario, extensión y progresión de la enfermedad y del tratamiento farmacológico empleado, según Silva J. (47).

### **Calidad de vida en el paciente con cáncer**

La calidad es la piedra angular en aspectos del cuidado de paciente y podemos decir que la prevalencia de enfermedades crónicas, en la gran mayoría de los países del mundo, para las cuales no existe una curación alguna siendo definitivamente el objetivo del tratamiento es el alivio de síntomas, el evitar complicaciones que puedan desmejorar aún más al paciente y el mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes principalmente y también de su entorno que en este caso es la familia. Estos aspectos llevan a que existan medidas clásicas de resultados en la medicina como disciplina de salud (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida), pero se observa que no son suficientes para evaluar la calidad de los cuidados que se ofrecen en los servicios de salud. También es importante mencionar que los cambios demográficos y epidemiológicos que se dan en los últimos años y que no están paralelamente asociados a mejorar la calidad de vida de las personas. La expectativa de vida ha mejorado en las últimas décadas en las personas de la tercera edad, quienes es muy probable ya presentan padecimientos de enfermedades crónicas, lo que nos obliga como sistemas de salud a considerar reestructuras en aspectos de una atención personalizada destacando como objetivo mejorar su calidad de vida.

El tema de la calidad de vida o de la “buena vida” o “bienestar”, está ya presente desde la época de antiguas culturas como se observa en los griegos (Aristóteles). Podemos decir que en el campo de la salud todavía este tema es relativamente nuevo, a pesar de que estos temas ya se insertaron desde la década de los años 90 en materia de atención en salud, como lo manifiestan Schwartzmann y Valverde (48,49)

Por otro lado, según el investigador Levi 2001 (50), estima en su publicación una proyección importante mencionando que para el año 2020, el estrés sería la causa principal de muerte en la población mundial, vinculándolo en primer lugar a afecciones de carácter cardiovascular y enfermedades de salud mental como es la depresión, con su riesgo altísimo de suicidio.

Clínicamente, es posible intentar probar la relación entre el proceso de adaptación del paciente a su estado de enfermedad estudiando los mecanismos de afrontamiento (coping), así como los patrones en relación en los cuales la persona se compara en sus valores y expectativas a sus logros personales, modificados o no por el proceso de adaptación. Es así que la calidad de vida sería la resultante que dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permita que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual de salud no fuese tan desproporcionada, lográndose una mejor adaptación del paciente desde el punto de vista psicológico y emocional. En este mismo sentido, incidirían de forma muy relevante el soporte del profesional en psicología y el soporte de carácter social percibido por la persona enferma, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés y la propia enfermedad, incidirían negativamente (pobreza, desempleo, duelos, etc.).

La incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), **h** ha sido y es uno de los más significativos y contundentes avances en la innovación en las evaluaciones de las personas que padecen una enfermedad amenazante para su vida, como asevera Guyatt (51). Se incorporan instrumentos de valoración que consideran la percepción del paciente como un indicador de resultado en la toma de decisiones en referencia a su salud y a las intervenciones de tratamiento propuestas por los profesionales de la salud integrantes del equipo interdisciplinario y responsables de sus cuidados. Se fundamenta todos estos aspectos en que, la mayoría de las enfermedades crónicas amenazantes para la vida tienen mucha influencia en el estado de ánimo y en los mecanismos de afrontamiento en situaciones difíciles. Estos aspectos de máxima

importancia en la vida de los seres humanos, será el que más influencia ejerza en los pacientes cuando evalúen su propia calidad de vida.

Y, si nos referimos a los pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado e incurable, diremos que la búsqueda de la calidad de vida, como el objetivo principal a lo largo de todo el proceso de enfermedad, adquiere una gran trascendencia para él y para su familia que también sufre el impacto de la enfermedad, así como el impacto en el equipo de salud según recomendación encontrada en documento de carácter técnico Norma Programa Nacional Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos Ministerio de Salud 2009-2010 de Chile (52).

Existe en el mundo el Grupo WHOQOL (53), que textualmente menciona en sus acuerdos en consenso de expertos “[...] hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren en los pacientes ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, afirman asimismo que estos aspectos se pueden encontrar en personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena.

En el año 1930, ya ha pasado bastante tiempo, se realizó la primera evaluación registrada de bienestar material, visualizándose la concepción de calidad de vida sólo en aspectos bienes materiales y en los años 50 aparece por primera vez el término más amplio de calidad de vida. Estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. Es a partir de estos avances, que las líneas de investigación de cuidados paliativos en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se incorporan y concentran en indicadores subjetivos.

Nacen los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, donde se incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades:

I. Necesidades fisiológicas que son las básicas (alimentación, agua, aire, eliminación, reposo, sueño, protección de las fuerzas de la naturaleza, otros). A nivel de enfermería fue la Dra. Virginia Henderson que describe estas necesidades básicas sujetos de valoración y cuidados de enfermería.

II. Necesidad de relación emocional con otras personas. No aislarse.

III. Necesidad de una aceptación social/laboral

IV. Necesidad de realización personal, social y espiritual, es decir en de sentido.

### **Cuidados paliativos en el equipo multidisciplinario**

El enfermo tiene derecho a recibir CP en diversos ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o en los establecimientos de salud ya sean públicos o privados. Por lo tanto, es necesario que estos servicios trabajen de forma coordinada, entendiéndose en la articulación de los tres niveles de atención, para asegurar la continuidad de los cuidados y la satisfacción de las necesidades de los pacientes y de su entorno familiar de manera que sean atendidas sin pérdida de continuidad.

Los objetivos a nivel organizativo de estos servicios, consisten en asegurar que las atenciones catalogadas como carteras de servicios, estén disponibles para todos los pacientes que los necesiten y cuando los necesiten; que sean servicios de calidad y al mismo tiempo sensibles a las necesidades de los pacientes; que los distintos niveles de atención estén bien articulados, de tal manera que se establezcan adecuadamente las competencias y criterios de derivación para que los pacientes no sean rechazados.

Los centros o unidades de atención especializada en CP pueden ser:

- Equipos de soporte de cuidados paliativos: Pueden intervenir en el ámbito domiciliario u hospitalario y con distintos patrones, desde asesoramiento hasta intervenciones puntuales, intermitentes o con responsabilidad compartida en la atención directa. Podemos citar a manera de

ejemplo, al sistema de salud de España que, a nivel de la red de atención domiciliaria en cuidados paliativos, se dispone de diversos modelos: unidades de Hospitalización a Domicilio, Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y equipos domiciliarios de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), entre otros. También se puede optar por fórmulas mixtas, con equipos que intervienen en los ámbitos domiciliario y hospitalario (54).

- Unidades de cuidados paliativos: Son unidades de hospitalización de CP, atendidas por un equipo interdisciplinar. Pueden ubicarse en hospitales de agudos, en hospitales específicos por especialidades médicas, o de tipo sociosanitario. Con frecuencia, las unidades realizan también labores de equipo de soporte hospitalario y consulta externa según el National Institute for Clinical Evidence de Londres (55).

## **El conocimiento**

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente nos dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan base al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento, humano. Es así como el conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Bajo esta aseveración, mencionaremos que el conocimiento según Lister (11) debe ser eje de interés en la formación del personal de salud en la búsqueda constante de incorporar nuevos conocimientos, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas los que finalmente redundaran en la mejora de la capacidad y competencia de los profesionales esta área, guiándoles sin dudas hacia la excelencia.

Respecto al conocimiento, éste se expresa en la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón natural, cualidades y relaciones de las cosas según la Real Academia Española (56), y esta presenta diversos enfoques.

Conocimiento aparente: es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todos los conocimientos, es el punto de partida del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza.

Conocimiento real científico: es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica, la esencia del conocimiento consiste en la auténtica generalización de los hechos basada en el auto-cuidado de calidad libre de riesgo,

Conocimiento científico es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo y que explica y predice hechos por medio de leyes, según lo expresa Bunge (57).

Tiene dos exigencias básicas que son:

- La comprobabilidad o sea que exige la explicación de su origen y la fuente de su verdad. -
- El conocimiento científico aspira el conocimiento universal.
- El conocimiento es la base para el desempeño profesional y laboral de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle en enfermería.

### **Teorías de enfermería**

Siendo relevante la participación de las enfermeras/os en el cuidado de los pacientes desde la perspectiva de la salud pública y comprendiendo que la existencia de teorías y modelos de enfermería contribuye al crecimiento de la disciplina, realizamos una revisión del Modelo de

Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, porque nos permite comprender los comportamientos del ser humano en torno a su salud.

Este MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de su salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (58)

Nuestro Sistema Nacional de Salud a través del documento técnico Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer 2020-2024, establece estrategias de intervenciones que dirigen el accionar de los profesionales de la salud con un enfoque de atención integral del paciente con cáncer. Se consideran, asimismo, las estrategias para mejorar la atención de enfermería mediante la promoción de una atención personalizada o individualizada de los cuidados, la comunicación terapéutica y afectiva, la promoción de la atención domiciliaria en cuidados paliativos en el primer nivel de atención y el manejo adecuado de los conocimientos para aplicar instrumentos de valoración y tratamiento en base a la evidencia científica y al pensamiento crítico.

## **2.3. Formulación de Hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis General:**

El Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de Investigación**

Hipotético / deductivo

El método en una investigación se basa en el conjunto de procesos que permiten lograr el objetivo del estudio. Bernal, C. (59)

La intención fue resolver la interrogante y demostrar la eficacia de la intervención del Programa de Capacitación en Cuidados Paliativos Oncológicos en el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os participantes.

### **3.2. Enfoque Investigativo**

Cuantitativo. El enfoque cuantitativo utiliza la recopilación de información con el propósito de comprobar las hipótesis mediante procedimientos estadísticos. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (60)

La variable dependiente se ha operacionalizado en dimensiones e indicadores. Se midieron los indicadores de las 3 dimensiones de la variable dependiente, a través del conteo del número de respuestas correctas e incorrectas de las preguntas de conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos, intervenciones de cuidados y manejo farmacológico.

### **3.3. Tipo de Investigación**

Aplicada. La diferencia para elegir uno u otro tipo de investigación estriba en el grado de desarrollo del conocimiento respecto al tema a estudiar, objetivos planteados y nivel de experticia del investigador. Arispe Alburqueque, C.M. et al. (61)

La intención fue mejorar los conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos de médicos y enfermeras/os.

### 3.4. Diseño de la investigación

Experimental, de corte longitudinal, de nivel explicativo.

Es la planificación de actividades que dan respuesta al problema de investigación. Es el criterio a utilizar en el estudio según la dimensión temporal o los momentos en el tiempo en los que se obtienen los datos. Hernández, R. et al., 2017. (62)

La estrategia fue aplicar un cuestionario cognitivo antes de la intervención (pre test) y después de la intervención (pos test). El cuestionario cognitivo aplicado en pre y pos intervención del Programa de Capacitación fue el mismo.

### 3.5. Población y muestra

**Población:** La Población de estudio estuvo conformada por 58 médicos y por 52 enfermera/os, se desarrolló un estudio de tipo censal, por lo que no es necesario calcular el tamaño de la muestra. La designación de los participantes médicos y enfermera/os estuvo a cargo del coordinador general de cada DIRIS de Lima y de la DIRESA Callao, quienes enviaron la nómina de médicos y enfermeras/os a la Dirección de Prevención y Control del Cáncer del MINSA. Solo asistieron a la capacitación los profesionales de salud que se detalla en el siguiente cuadro:

Región	Médicos	Enfermeras
DIRIS SUR	15	14
DIRIS ESTE	14	12
DIRIS CENTRO	14	12
DIRESA CALLAO	15	14
Total	58	52

## **Criterios de inclusión/ exclusión**

### **Criterio de inclusión**

- Médicos y enfermeras/os, con vínculo laboral actual con el Ministerio de Salud bajo el régimen nombrado o CAS
- Que sea seleccionado por su inmediato superior.
- Que acepten participar en el taller de capacitación.
- Que acepte firmar un consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

- Médicos y enfermeras/os sin vínculo laboral actual con el Ministerio de Salud
- Personal que se encuentre de licencia.
- Personal bajo modalidad de contrato por terceros.

### **Limitación:**

Cada participante se sometió a un consentimiento informado.

Muestreo no probabilístico.

Los sesgos presentes en el estudio están relacionados en función a que los participantes, tengan maestrías, que hayan participado en anteriores ediciones de taller, los participantes fueron seleccionados por los jefes de cada institución de salud por lo que no se puede garantizar que todos desarrollan sus actividades en el área o tengan mucho tiempo de permanencia en las funciones, que el mismo número de participantes no sea similar en el inicio y término de la capacitación.

### 3.6. Variable y Operacionalización

**Variable 1:** Conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos.

**Definición Operacional:** Medición de los conocimientos de los participantes en dos tiempos, antes de la intervención y después de la intervención.

#### Matriz operacional de la variable 1

Dimensión	Indicadores	Item	Escala de medición	Niveles y Rango
A. Conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos	Nivel de conocimiento alto Nivel de conocimiento medio Nivel de conocimiento bajo	Dimensión A: conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos 1. Objetivo de los cuidados paliativos 4. Competencia relevante de enfermería 5. Integrantes del equipo multidisciplinario 6. procesos de la neurofisiología del dolor 7. Clasificación del dolor 8. Escala de medición del dolor 16. Urgencias en cuidados paliativos 20. Objetivo cuidados paliativos	Cuantitativo (discreto)	- Alto: 15 a 20 puntos  - Medio: 11 a 14 puntos  - Bajo: 0 a 10 puntos
B. Intervenciones de cuidados		Dimensión B: intervenciones de cuidados 2. Los cuidados paliativos ofrecen 3. Comunicación de malas noticias 17. Principio ético relevante		
C. Tratamiento farmacológico		Dimensión C: tratamiento farmacológico 9. Antiinflamatorios efectos adversos 10. Opioides potentes 11. Administración de opioides 12. Tratamiento del dolor neuropático 13. Tratamiento de la disnea 14. Tratamiento de náuseas y vómitos 15. Tratamiento del insomnio 18. Administración de vía subcutánea 19. Tratamiento del dolor		

Indicador capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos”

**Definición Operacional:** Programa de capacitación dirigido a médicos y enfermera/os sobre cuidados paliativos oncológicos.

Dimensión	Indicadores	Item	Escala de medición	Niveles y Rango
<p>A. Conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos</p> <p>B. Intervenciones de cuidados</p> <p>C. Tratamiento farmacológico</p>	<p>Nivel de conocimiento alto</p> <p>Nivel de conocimiento medio</p> <p>Nivel de conocimiento bajo</p>	<p>Dimensión A: conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos</p> <p>1. Objetivo de los cuidados paliativos</p> <p>4. Competencia relevante de enfermería</p> <p>5. Integrantes del equipo multidisciplinario</p> <p>6. procesos de la neurofisiología del dolor</p> <p>7. Clasificación del dolor</p> <p>8. Escala de medición del dolor</p> <p>16. Urgencias en cuidados paliativos</p> <p>20. Objetivo cuidados paliativos</p> <p>Dimensión B: intervenciones de cuidados</p> <p>2. Los cuidados paliativos ofrecen</p> <p>3. Comunicación de malas noticias</p> <p>17. Principio ético relevante</p> <p>Dimensión C: tratamiento farmacológico</p> <p>9. Antiinflamatorios efectos adversos</p> <p>10. Opioides potentes</p> <p>11. Administración de opioides</p> <p>12. Tratamiento del dolor neuropático</p> <p>13. Tratamiento de la disnea</p> <p>14. Tratamiento de náuseas y vómitos</p> <p>15. Tratamiento del insomnio</p> <p>18. Administración de vía subcutánea</p> <p>19. Tratamiento del dolor</p>	<p>Cuantitativo (discreto)</p>	<p>Eficaz: Nivel alto de conocimientos, de 15 a 20 puntos.</p> <p>No eficaz: Nivel bajo de conocimientos, puntaje menor a 11 puntos.</p>

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica empleada fue encuesta, dirigida a médicos y enfermeras/os participantes en el Programa de Capacitación. El instrumento fue un cuestionario de evaluación cognitiva de “Cuidados Paliativos Oncológicos”, conformada por 20 preguntas.

#### **3.7.2. Descripción**

La estructura del instrumento cuestionario cognitivo estuvo conformado por aseveraciones con opción múltiple, de las cuales una aseveración es verdadera, con el valor de un punto y las demás aseveraciones son distractores con un valor de cero puntos.

Así, para el contenido A aspectos generales en cuidados paliativos se incluyeron 8 preguntas, para el contenido B Intervenciones de cuidados se incluyeron 3 preguntas y para el contenido C Manejo farmacológico se incluyeron 9 preguntas. El puntaje total fue de 20 puntos.

El tiempo estimado para responder tanto el pretest como el postest fue de 10 minutos y los participantes se identificaron, con un código/clave a fin de proteger su identificación.

El instrumento fue elaboración propia en el año 2022.

La validez del instrumento se realizó por la técnica de juicio de expertos, conformado por 05 expertos.

1. Mg. Víctor Palacios Cabrejos, médico especialista en oncología clínica, formación de la especialidad asistencial en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con estudios de maestría en Administración de Empresas de Salud.

2. Dra. Susan Gonzales Saldaña, Lic. En Enfermería, estudios de especialidad en cuidado quirúrgico mención en tratamiento avanzado de heridas y ostomías, estudios de maestría en Docencia Universitaria y estudios de Doctorado en Salud.
3. Dra. Milagros Uturnco Vera, Lic. En enfermería, con estudios de Maestría en Metodología de la Investigación, estudios de Doctorado en Salud.
4. Dr. Werther Fernández, Biólogo, con estudios de Maestría en Gerencia de Salud, estudios de Doctorado en Salud Pública.
5. Dra. Reyda Canales Rimachi, Lic. En Enfermería, estudios de especialidad en Cuidado Enfermero en paciente Clínico Quirúrgico, estudios de maestría en Administración de Servicios de Enfermería y estudios de Doctorado en Salud.

Se aplicó en una muestra piloto de 22 profesionales médicos y enfermeras/os del área asistencial.

La ficha técnica del instrumento pre test del Programa de Capacitación: “Cuidados Paliativos Oncológicos” para los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os, variable independiente: Programa de Capacitación en Cuidados Paliativos Oncológicos  
**Población:** médicos y licenciados en enfermería participantes en el Taller de Capacitación.

**Tiempo:** tres meses

**Momento:** Antes de iniciar el taller de capacitación.

**Lugar:** Centro de capacitación determinado por Dirección de Prevención y Control del Cáncer del MINSA

**Validez:** juicio de expertos

**Fiabilidad:** valor de alfa de Cronbach 0.6871

**Tiempo de llenado:** 10 minutos

**Número de ítems:** 20

**Dimensiones:** A conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos (1,4,5,6,7,8,16,20), B intervenciones de cuidados (2,3,17), C manejo farmacológico (9,10,11,12,13,14,15,18,19).

**Alternativas de respuestas:** de opción múltiple.

**Baremos (niveles, grados) de la variable:** eficaz, no eficaz.

La ficha técnica del instrumento evaluación cognitiva post test “Taller de Capacitación: Cuidados Paliativos Oncológicos para los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os, variable dependiente: conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos.

**Población:** médicos y licenciados en enfermería participantes en el Taller de Capacitación.

**Tiempo:** tres meses

**Momento:** Después de culminado el Taller de Capacitación

**Lugar:** Centro de capacitación determinado por Dirección de Prevención y Control del Cáncer del MINSA

**Validez:** juicio de expertos

**Fiabilidad:** valor de alfa de Cronbach 0.6871

**Tiempo de llenado:** 10 minutos

**Número de ítems:** 20

**Dimensiones:** A conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos (1,4,5,6,7,8,16,20), B intervenciones de cuidados (2,3,17), C tratamiento farmacológico (9,10,11,12,13,14,15,18,19).

**Alternativas de respuestas:** de opción múltiple.

**Baremos (niveles, grados) de la variable:** alto, medio, bajo.

### 3.7.3. Validación

La presente investigación utilizó el instrumento de evaluación cognitiva en el “Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” para los profesionales de la salud pre/post test cuyo proceso de validación fue explicado en el punto 3.7.2.

Para asegurar el uso del instrumento en la presente tesis se realizaron los siguientes procedimientos de validación:

a) Validación contenido: El juicio de expertos lo conformaron profesionales de la salud del ámbito asistencial hospitalario y ámbito docente y de investigación de post grado.

b) Validación de constructo: se realizó análisis factorial exploratorio y/o confirmatorio resultando tres dimensiones. Los nombres de las dimensiones son: A conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos (1,4,5,6,7,8,16,20), B intervenciones de cuidados (2,3,17), C tratamiento farmacológico (9,10,11,12,13,14,15,18,19).

c) Además se realizó el siguiente proceso de validación juicio de expertos.

d) El cálculo de la confiabilidad fue de 0.6871

e) Se aplicó previamente en una muestra de 22 profesionales d la salud.

El baremo (categorización) se calculó por medio de estaninos. Los niveles o grados fueron: alto, medio, bajo.

El instrumento final consta de 20 ítems con alternativas de respuesta de opción múltiple.

Siendo un cuestionario, las respuestas correctas para cada pregunta fueron 1A, 2C, 3E, 4B, 5A, 6E, 7C, 8A, 9A, 10A, 11C, 12A, 13C, 14B, 15B, 16A, 17A, 18E, 19A, 20B.

Para el recojo de datos se abordó al participante médico y enfermera/o que asistió al taller de capacitación y que se encontraba en la sala del local a desarrollar la capacitación.

Se le entregó un consentimiento informado a los participantes del Taller de Capacitación en el que se le explica los objetivos del estudio. La recolección de datos fue realizada en 3 meses.

#### **3.7.4. Confiabilidad**

Para asegurar la representatividad del instrumento en el presente grupo poblacional se calculó en alfa de Cronbach un valor de 0.6871

#### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

Se utilizó el programa Word para la redacción del proyecto y demás documentos. Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y para gráficos se utilizó el programa Excel.

Para el procesamiento estadístico en la parte inferencial se utilizó prueba de normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y para la hipótesis del estudio se utilizó prueba de rangos de Wilcoxon.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 26 para Windows en español. Los hallazgos se analizaron en función a los antecedentes y base conceptual. Se utilizó un valor alfa de 0,05.

Para llevar a cabo la presente investigación, se empleó el siguiente procedimiento:

1. Se solicitó autorización al Director Ejecutivo de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud para la realización del proyecto de investigación.
2. Se solicitó el consentimiento informado de los médicos y enfermeras/os participantes en el estudio.
3. La aplicación del pre test se realizó antes de iniciar el Taller de Capacitación.

4. La aplicación del post test se realizó al finalizar el Taller de Capacitación.

### **3.9. Aspectos éticos**

La presente investigación se ceñirá a las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humanos, así como las disposiciones vigentes en bioseguridad. Se redactará y enviará la documentación necesaria a todas las instituciones involucradas en el recojo de datos. Se seguirá el procedimiento metodológico que mejor se adapte a las circunstancias del estudio, así como el uso de un instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos. Se asegurará el anonimato de los participantes del estudio, así como se salvaguardará sus Datos Personales según lo referido a la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”). Será entregado un consentimiento informado a los participantes del estudio para que dejen sustento de la situación voluntaria de participación. En el mencionado documento será indicado los objetivos y procedimientos de la presente investigación.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

Se analizaron las calificaciones y las respuestas de 110 participantes del Taller: Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos”.

#### 4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

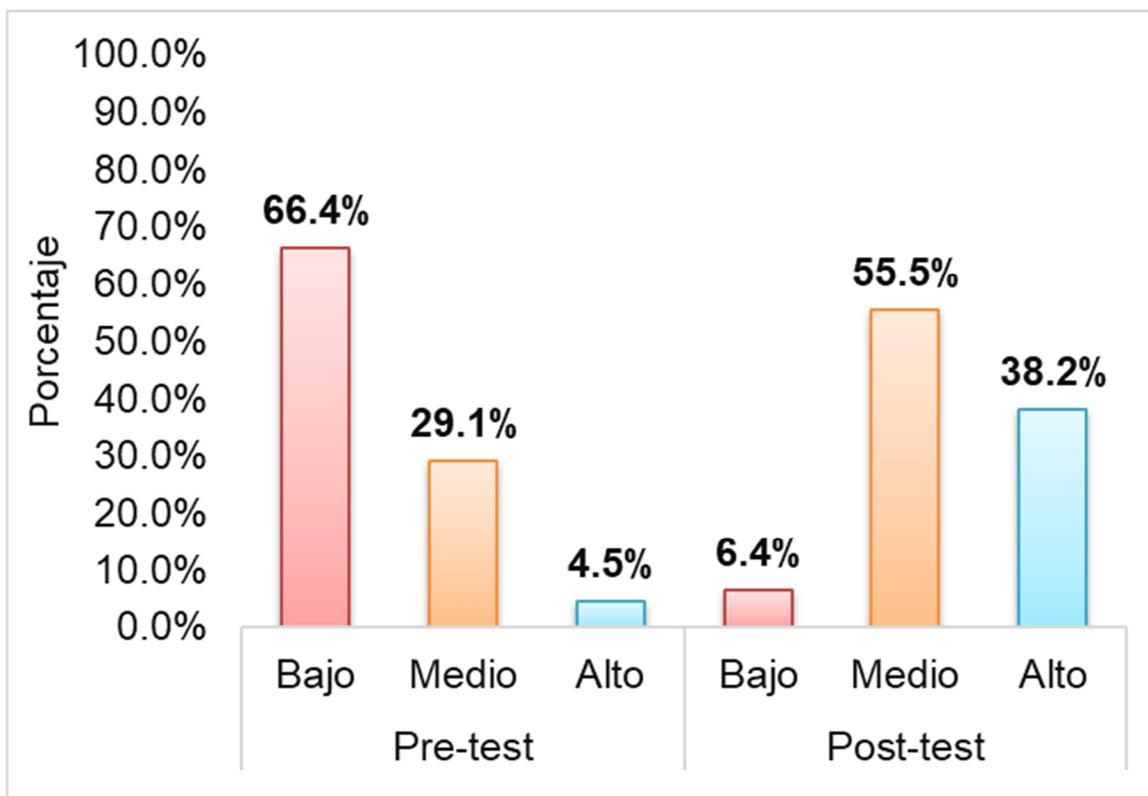
##### Análisis de resultados de la variable.

**Tabla N° 1.** Nivel de conocimiento de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

Nivel	Pre-test		Post-test	
	n°	%	n°	%
Bajo	73	66.4%	7	6.4%
Medio	32	29.1%	61	55.5%
Alto	5	4.5%	42	38.2%
Total	110	100.0%	110	100.0%

En la tabla 1 y figura 1 se observa que, en el pre-test, el 66.4% de los profesionales se encontraban en un nivel bajo de conocimientos de cuidados paliativos oncológicos; sin embargo, luego del programa de capacitación, en el post-test el 55.5% obtuvo un nivel medio; además el nivel alto subió de 4.5% en el pre-test a 38.2% en el post-test.

**Figura N° 1.** Nivel de conocimiento de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.



En la tabla 2 se incluyó en los resultados diferenciados según DIRIS/DIRESA y la profesión de los participantes.

**Tabla N° 2.** Nivel de conocimiento de cuidados paliativos oncológicos según DIRIS/DIRESA y profesión antes y después del programa de capacitación.

	Pre-test						Post-test						Total	
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
DIRIS / DIRESA														
Lima Centro	12	60.0%	8	40.0%	0	0.0%	1	5.0%	12	60.0%	7	35.0%	20	100.0%
Lima Sur	19	76.0%	6	24.0%	0	0.0%	2	8.0%	15	60.0%	8	32.0%	25	100.0%
Lima Este	19	76.0%	5	20.0%	1	4.0%	4	16.0%	14	56.0%	7	28.0%	25	100.0%
Callao	23	57.5%	13	32.5%	4	10.0%	0	0.0%	20	50.0%	20	50.0%	40	100.0%
Profesional														
Enfermera	39	75.0%	13	25.0%	0	0.0%	7	13.5%	31	59.6%	14	26.9%	52	100.0%
Médico	34	58.6%	19	32.8%	5	8.6%	0	0.0%	30	51.7%	28	48.3%	58	100.0%

En el caso del pre-test, los profesionales de las DIRIS Lima Sur y Lima Este tuvieron mayor porcentaje en el nivel bajo con 76% cada uno; contrario a esto, luego del programa de capacitación, las DIRIS/DIRESA que obtuvieron mejor resultado fueron Callao y Lima Centro, donde el 50% y 35% se ubicaron en el nivel alto respectivamente.

En cuanto a las profesiones; las enfermeras en el pre-test se ubicaron en su mayoría en el nivel bajo con el 75%; sin embargo, luego del programa de capacitación, el 59.6% obtuvo un resultado medio y el 26.9% un nivel alto. En cuanto a los médicos, el nivel alto paso de 8.6% en el pre-test a un 48.3% en el post-test.

Ante los resultados, se consideró importante realizar un análisis de las dimensiones establecidas en la variable antes y después de la intervención del programa de capacitación, con el objetivo de conocer que aspectos de los conocimientos de los profesionales participantes se encuentran más debilitados, evidenciando lo siguiente:

**Tabla N° 3.** Nivel de conocimiento de las dimensiones de cuidados paliativos oncológicos antes y después del taller de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

Dimensiones	Nivel	Pre-test		Post-test	
		n°	%	n°	%
Aspectos generales	Bajo	86	78.2%	45	40.9%
	Medio	21	19.1%	44	40.0%
	Alto	3	2.7%	21	19.1%
Intervenciones de cuidados	Bajo	25	22.7%	5	4.5%
	Medio	56	50.9%	49	44.5%
	Alto	29	26.4%	56	50.9%
Manejo farmacológico	Bajo	85	77.3%	17	15.5%
	Medio	23	20.9%	63	57.3%
	Alto	2	1.8%	30	27.3%

En la tabla 3 se observan los resultados según las dimensiones de los cuidados paliativos. En el caso de los aspectos generales; en el pre-test, el 78.2% se encontraba en un nivel bajo, disminuyendo a 40.9% en el post-test. En las intervenciones de cuidados, en el pre-test el 22.7% estaba en el nivel bajo, pasando a 4.5% en el post-test. En el caso del manejo farmacológico, el 77.3% en nivel bajo en el pre-test, disminuyó a 15.5% en el post-test.

En la comparación de las 3 dimensiones, se observa que el manejo farmacológico tiene mejores resultados, donde el nivel alto paso de 1.8% a 27.3%.

**Tabla N° 4.** Dimensión A conocimiento de aspectos generales de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

	Pre-test						Post-test						Total	
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
<b>DIRIS / DIRESA</b>														
Lima Centro	16	80.0%	3	15.0%	1	5.0%	10	50.0%	7	35.0%	3	15.0%	20	100.0%
Lima Sur	22	88.0%	3	12.0%	0	0.0%	10	40.0%	8	32.0%	7	28.0%	25	100.0%
Lima Este	21	84.0%	3	12.0%	1	4.0%	13	52.0%	8	32.0%	4	16.0%	25	100.0%
Callao	27	67.5%	12	30.0%	1	2.5%	12	30.0%	21	52.5%	7	17.5%	40	100.0%
<b>Profesional</b>														
Enfermera	46	88.5%	5	9.6%	1	1.9%	30	57.7%	16	30.8%	6	11.5%	52	100.0%
Médico	40	69.0%	16	27.6%	2	3.4%	15	25.9%	28	48.3%	15	25.9%	58	100.0%

En la tabla 4 se observan los resultados de la dimensión aspectos generales de los cuidados paliativos oncológicos. En el pre-test se observa que la DIRIS Lima Sur tenía mayor porcentaje de profesionales en nivel bajo con el 88%, disminuyendo a 40% para el post-test. Luego del taller de capacitación, la DIRIS Lima Sur obtuvo mejores resultados, donde el nivel alto paso de 0% a 28%.

En las enfermeras, en el pre-test, el 88.5% se ubicaron en el nivel bajo, pasando a 57.7% en el post-test. Los médicos tuvieron mejor resultado luego del programa de capacitación, el 25.9% obtuvo un nivel alto.

**Tabla N° 5.** Dimensión B conocimiento de intervenciones de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

	Pre-test						Post-test						Total	
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
DIRIS / DIRESA														
Lima Centro	3	15.0%	7	35.0%	10	50.0%	1	5.0%	9	45.0%	10	50.0%	20	100.0%
Lima Sur	6	24.0%	17	68.0%	2	8.0%	3	12.0%	14	56.0%	8	32.0%	25	100.0%
Lima Este	6	24.0%	16	64.0%	3	12.0%	0	0.0%	15	60.0%	10	40.0%	25	100.0%
Callao	10	25.0%	16	40.0%	14	35.0%	1	2.5%	11	27.5%	28	70.0%	40	100.0%
Profesional														
Enfermera	14	26.9%	25	48.1%	13	25.0%	1	1.9%	23	44.2%	28	53.8%	52	100.0%
Médico	11	19.0%	31	53.4%	16	27.6%	4	6.9%	26	44.8%	28	48.3%	58	100.0%

En la tabla 5 se observan los resultados de la dimensión intervenciones de cuidados paliativos oncológicos. En el pre-test se observa que la DIRESA Callao tenía mayor porcentaje de profesionales en nivel bajo con el 25%, disminuyendo a 2.5% para el post-test. Luego del programa de capacitación, la DIRESA Callao obtuvo mejores resultados, donde el nivel alto paso de 35% a 70%.

En las enfermeras, en el pre-test, el 26.9% se ubicaron en el nivel bajo, pasando a 1.9% en el post-test. Los médicos en el pre-test tenían un 27.6% en el nivel alto, y pasaron a 48.3% en el post-test.

**Tabla N° 6.** Dimensión C conocimiento de manejo farmacológico para los cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

	Pre-test						Post-test						Total	
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
DIRIS /														
DIRESA														
Lima Centro	17	85.0%	3	15.0%	0	0.0%	3	15.0%	11	55.0%	6	30.0%	20	100.0%
Lima Sur	21	84.0%	4	16.0%	0	0.0%	3	12.0%	15	60.0%	7	28.0%	25	100.0%
Lima Este	21	84.0%	4	16.0%	0	0.0%	6	24.0%	17	68.0%	2	8.0%	25	100.0%
Callao	26	65.0%	12	30.0%	2	5.0%	5	12.5%	20	50.0%	15	37.5%	40	100.0%
Profesional														
Enfermera	49	94.2%	3	5.8%	0	0.0%	11	21.2%	30	57.7%	11	21.2%	52	100.0%
Médico	36	62.1%	20	34.5%	2	3.4%	6	10.3%	33	56.9%	19	32.8%	58	100.0%

En la tabla 6 se observan los resultados de la dimensión manejo farmacológico, el puntaje medio en el pre-test fue 5 puntos, subiendo a 7 puntos en el post-test. La prueba de Rangos de Wilcoxon, dio como resultado un estadístico de -8.247 y  $p=0.000$ , por lo tanto, el taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos para el manejo farmacológico en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

#### 4.1.2. Prueba de hipótesis

##### Prueba de normalidad.

**Tabla N° 7.** Prueba de normalidad de los puntajes de la variable y dimensiones antes y después del taller de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

Variable / dimensiones	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
<b>Pre-test</b>			
Cuidados paliativos	.140	110	.000
Aspectos generales	.188	110	.000
Intervenciones de cuidados	.282	110	.000
Manejo farmacológico	.200	110	.000
<b>Post-test</b>			
Cuidados paliativos	.139	110	.000
Aspectos generales	.168	110	.000
Intervenciones de cuidados	.329	110	.000
Manejo farmacológico	.156	110	.000

En la tabla 7 se observan los resultados de la prueba de normalidad mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov.

En el pre-test y post-test, los valores de p para la variable y sus dimensiones son menores a 0.05; por lo tanto, los puntajes no tienen distribución normal.

En vista de los resultados de la normalidad, la hipótesis general del estudio se contrastó mediante el análisis no paramétrico, en este caso la prueba de Rangos de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

##### **-Prueba de hipótesis General**

**H0:** El taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” no es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao

**H1:** El taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao

**-Nivel de significancia:** 0.05

**-Estadístico de prueba:** Rango de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

**Tabla N° 8.** Comparación de los puntajes de conocimiento de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

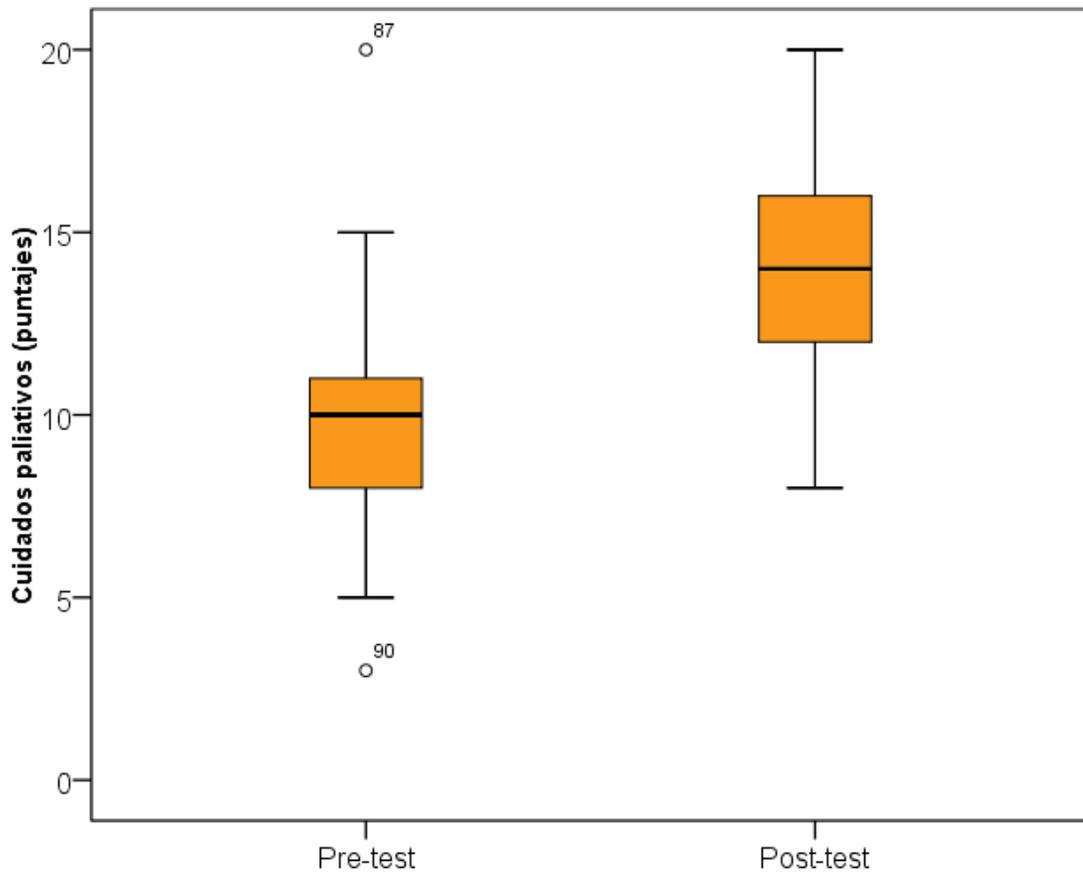
Evaluación	Media	S	Mediana	P25	P75	Rangos de Wilcoxon	
						Z	p
Pre-test	10	2	10	8	11	-8,684	.000
Post-test	14	3	14	12	16		

S: desviación estándar; P25: percentil 25; P75: percentil 75

En la tabla 8 se observa que el puntaje medio en el pre-test fue 10 puntos, pasando a 14 puntos en el post-test. La prueba de Rangos de Wilcoxon, dio como resultado un estadístico de -8.684 y  $p=0.000$ , entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto, el taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

En la figura 8 se observa la distribución de los puntajes de cuidados paliativos antes y después del programa de capacitación; en ella se evidencia que los puntajes son mayores en el post-test.

**Figura N° 8.** Comparativo de puntajes de conocimiento de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación



#### 4.1.3. Discusión de resultados

Es relevante los resultados obtenidos luego de la intervención. Estadísticamente podemos evidenciar la mejora en los conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos en los participantes en el Taller: Programa de Capacitación en “Cuidados paliativos Oncológicos”.

El análisis de los resultados de las pruebas de hipótesis tanto general como específicas demuestra la diferencia significativa de los 2 momentos de la intervención, antes y después de la intervención con el programa de capacitación.

Es decir que esta mejora no se debió al azar, sino a las bondades del programa de capacitación aplicado. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis específica y se acepta la hipótesis general.

Así mismo fue importante evaluar las respuestas del cuestionario de acuerdo a las dimensiones establecidas en él, lo que nos ha permitido observar y determinar qué aspectos del conocimiento debemos enseñar con más detalle, sustentando esto con los resultados obtenidos como lo es en el caso de la dimensión de aspectos generales; en el pre-test, el 78.2% se encontraba en un nivel bajo, disminuyendo a 40.9% en el post-test.

Respecto a la dimensión A evaluado sobre los conocimientos en aspectos generales nuestros resultados coinciden con la conclusión del estudio de **Medina-Zarco L.E., et al**, realizado en establecimientos de salud de los tres niveles de atención en España, en el cual concluya que el personal de salud desconoce cómo abordar al paciente con una enfermedad terminal, existiendo la necesidad de establecer programas de capacitación al personal de salud con la finalidad de otorgar una intervención más competente y adecuada al paciente y su familia.

Respecto a la dimensión B que corresponde a las intervenciones de cuidados, en el pre-test el 22.7% estaba en el nivel bajo, pasando a 4.5% en el post-test.

**Velasco M. en el 2013**, realizó en nuestro país un interesante estudio en referencia al cáncer y los cuidados paliativos, y encontramos que los hallazgos concluyen al igual que nosotros que los cuidados paliativos deben cumplir sus objetivos, que la actitud de los profesionales que brindan cuidados a estos tipos de pacientes deben fortalecer sus conocimientos.

**Quiroga Y., Sarmiento K., Yazo D. (2,017)** considera que la enfermera o enfermero en su rol de brindar cuidados evaluando todas las esferas del paciente, debe estar preparado/a para acciones de intervención en orientar al paciente y familiar a convivir y aceptar los momentos difíciles que conlleva una situación al final de la vida.

En el caso de la dimensión C referida al manejo farmacológico, nuestro resultado fue sorprendente al observar el alto porcentaje sobre desconocimiento en el uso de fármacos para el control de los síntomas, 77.3% en nivel bajo en el pre-test, el cual disminuyó significativamente a 15.5% en el post-test.

**Alonso J. (2013).** En su estudio realizado en Argentina, menciona claramente en sus conclusiones que el tratamiento del dolor sigue siendo un tópico problemático a discutir en los servicios de salud, y, que existe la gran necesidad de garantizar el acceso a la medicación adecuada para el alivio del síntoma y sufrimiento del paciente. Esto llevado de la mano con la capacitación de los profesionales de la salud involucrados en el uso de estos medicamentos analgésicos.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. El taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar los conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.
2. Se acepta la hipótesis general del estudio de investigación.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Aplicar el Programa de capacitación en cuidados paliativos oncológicos en las DIRESAS/ GERESAS de las Regiones del país.
2. Continuar con las capacitaciones en temas de cuidados paliativos oncológicos en las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.
3. Impulsar la descentralización a nivel nacional de la atención en cuidados paliativos oncológicos.
4. Incidir en los programas de capacitación en aspectos relacionados a conocimientos generales de los cuidados paliativos y tratamiento farmacológico para el alivio del dolor y otros síntomas que se presentan en la enfermedad avanzada del cáncer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Norma General Técnica N° 32, por Resolución Exenta N° 129 del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, Santiago de Chile. Programa Nacional “Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos”. Chile 18 de enero de 1999. (fecha de acceso 15 de abril del 2021)

URL disponible en: [www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb\\_dl=1803](http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=1803)

2. OMS. Primer Atlas Mundial de las Necesidades de Cuidados Paliativos no Atendidas, Ginebra/Londres: 28 de enero de 2014. (Fecha de acceso 15 de Abril del 2021) .URL disponible en: [www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/)

3. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Atlas of Palliative Care at the End of Life. (Fecha de acceso 18 de abril del 2021)

URL disponible en: [www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

4. Saunders C. Living with dying: A guide to palliative care. Oxford Medical Publications, 15 junio 1995. (fecha de acceso 15 de abril del 2021)

URL disponible en: <https://www.amazon.es/Living-Dying-Palliative-Medical-Publications/.../0192625144>

5. Kubler-Ross E. La rueda de la vida, 2006. (fecha de acceso 18 de abril 2021)

URL disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-la-rueda-de-la-vida/9788496581104/1066247>

6. Equipo Consultor de Cuidados Paliativos Hospital Donosti. Guía de Enfermería en Cuidados Paliativos. (fecha de acceso 15 de abril del 2021)

URL disponible en:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/.../hd.../GuiaCuidadosPaliativosC.pdf>

7. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. v.9 n.2 Concepción dic. 2003 (fecha e acceso 18 de abril del 2021)

URL disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

8. Tutt B. Los cuidados paliativos pueden ofrecer beneficios para la supervivencia. Oncología. 2012. (fecha de acceso 20 de abril del 2021)

URL disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

9. Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical. 2003. (fecha de acceso 20 de abril del 2021)

URL disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

10. Lister J. El Conocimiento y sus etapas científicas. Octubre 2009. Disponible en: [www.psicopedagogia.com/definicion/conocimiento](http://www.psicopedagogia.com/definicion/conocimiento) científico

11. OPS. Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico. 2da Edición. (fecha de acceso 20 de abril del 2021)

URL disponible en: <https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=4480>

12. Cáncer Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del en el Perú. Lima, 2006-2016 [revista en internet] (fecha de acceso 15 de abril del 2021). URL disponible en: [https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/.../Plan\\_Nac\\_Fort\\_Prev\\_Control\\_cancer.p](https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/.../Plan_Nac_Fort_Prev_Control_cancer.p)

13. Claro Arevalo B., Quiroga Martinez Y., Sarmiento Rodriguez K., Yazo Cabuya D. Trabajo de Grado: Intervenciones de enfermería que procuran la mejor calidad de vida de los pacientes con cáncer al final de la vida. Universidad cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga 2,017.

14. Alonso J. El tratamiento del dolor por cáncer en el final de la vida: estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Argentina. Salud colectiva vol.9 N°.1 Lanús abr. 2013 (fecha de acceso 29 de abril del 2021)

URL disponible en:

[www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid...82652013000100004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid...82652013000100004).

15. Brenes M, Brenes J, Núñez C. Pasado y presente de los cuidados paliativos en Costa Rica. REVISTA MEDICA, 2013. (fecha de acceso 29 de abril del 2021). URL disponible en:

[new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi? IDARTICULO=40656](http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi? IDARTICULO=40656).

16. Alonso J. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. Ciência & Saúde Coletiva, 2013. (fecha de consulta: 19 de enero de 2022] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028227008>> ISSN 1413-8123.

17. Medina-Zarco L.E, De la Cruz-Casas A.M, Sánchez-Santaella M.E, González-Pedraza Avilés A. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Rev Esp Med Quir;17(2):109-114. 2012

18. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, et al. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012 (fecha de acceso 29 de abril del 2021). URL disponible en:

[www.gacetasanitaria.org/.../continuidad-cuidados-innovacion...papeles/.../S02139111](http://www.gacetasanitaria.org/.../continuidad-cuidados-innovacion...papeles/.../S02139111).

19. Codorniu N, Bleda M. Albuquerque E, et al. Cuidados enfermeros en cuidados paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enfermería vol.20 no.1-2 Granada ene./jun. 2011

URL disponible en:

[cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100015](http://cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015)

20. Fernández Camacho Y. Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013.

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3589>.

21. Pinillos L, Limache A. Contribuciones de la coalición multisectorial. Perú contra el cáncer. Revista Peruana Med Exp Salud Pública. 2013. (fecha de acceso 29 de abril del 2021). URL disponible en : [www.redalyc.org/pdf/363/36326085019.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/363/36326085019.pdf).

22. Velasco M. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo Rev. Med.Clin. Los Condes – 2013. (fecha de acceso 29 de abril del 2021)

URL disponible en:

<https://www.clinicalascondes.cl/.../media/.../PDF%20revista%20médica/2013/.../13>.

23. Norma Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. División de Control y Prevención de Enfermedades. Departamento de Enfermedades No Trasmisibles. Unidad de Cancer.2009. (fecha de acceso 29 de abril del 2021)

URL disponible en: [www.uss.cl/.../Norma-Programa-Nacional-alivio-del-dolor-por-cáncer-y-cuidados-paliativos](http://www.uss.cl/.../Norma-Programa-Nacional-alivio-del-dolor-por-cáncer-y-cuidados-paliativos).

24. Astudillo W, Mendinueta C. Bases para mejorar la comunicación con el enfermo terminal y atención a su familia. Navarra: EUNSA, 1995. (fecha de acceso 29 de abril del 2021).

URL disponible en: [scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n4/critica.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n4/critica.pdf)

25. Latimer EJ. Euthanasia: A physician reflection. J Pain Symptom Manage, 1991. (fecha de acceso 29 de abril del 2021)

26. Serrano F, Avellana JA, Barrero C, Mareque M, Gómez M, Pérez A. Control de síntomas en pacientes neoplásicos terminales atendidos por una unidad geriátrica de ayuda a domicilio. Medicina Paliativa 1999. (fecha de acceso 29 de abril del 2021) URL disponible en: [enfermeriaaps.com/portal/.../GES Guía Clínica Alivio del dolor](http://enfermeriaaps.com/portal/.../GES%20Guía%20Clínica%20Alivio%20del%20dolor).

27. Feliú J, Rodríguez JR, González M. El cáncer en el anciano. Oncología clínica, 2001. (fecha de acceso 02 de mayo del 2017). URL disponible en: [www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13073812](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13073812).

28. Navarro R, Botella J. Cuidados paliativos en enfermedades avanzadas de un órgano. En: Gómez M. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid 1.999.

(fecha de acceso 02 de mayo del 2021).

URL disponible en:

[envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/navarro-cuidadospaliativos-01.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/navarro-cuidadospaliativos-01.pdf)

29. Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez M, Núñez J.M. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo: Guías y Manuales. 1.993. (fecha de acceso 02 de mayo del 2021)

URL disponible en: [envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/msc-estrategia-02.pdf](http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/msc-estrategia-02.pdf).

30. Wycross R.G, Lichter I. The terminal phase. Textbook of palliative medicine. Ed. Oxford University Press 1.993. Última semana de vida en un hospital general. (fecha de acceso 02 de mayo del 2021). URL disponible en:

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov > ... > PubMed Central \(PMC\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/.../PubMedCentral(PMC))

31. Global Action Against Cancer 2003. (fecha de acceso de mayo del 2017).

URL disponible en: [www.who.int/cancer/media/en/GlobalActionCancerEnglfull.pdf](http://www.who.int/cancer/media/en/GlobalActionCancerEnglfull.pdf)

32. OMS. Prevención de las enfermedades crónicas 2005: una inversión vital (fecha de acceso 17 de mayo del 2021)

URL disponible en: [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)

33. Foley K. The treatment of cancer pain. N Engl J Med 1,984.(fecha de acceso 17 de mayo del 2021)

URL disponible en: [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198507113130205](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198507113130205)

34. Sterlin R, Mendoza T et al. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; (fecha de acceso 17 de mayo del 2021).  
URL disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/030439599400178H](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030439599400178H)
35. Daut R, Cleeland C. The prevalence and severity of pain in cancer. 1982;  
(fecha de acceso 17 de mayo del 2021).  
URL disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7116316](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7116316)
36. Cassinello J. El dolor. Definición, tipos patogénicos, formas de presentación y evaluación del dolor. Manual SEOM de Cuidados Continuos. 2004  
(fecha de acceso 17 de mayo del 2021).  
URL disponible en: [www.scribd.com/document/344492418/Manual-SEOM-de-Cuidados](http://www.scribd.com/document/344492418/Manual-SEOM-de-Cuidados)
37. González S, Rodríguez M. El dolor: Fisiopatología. Clínica. Sistema de medición. En: Dolor y Cáncer. Hacia una oncología sin dolor. 2003.(fecha de acceso 17 de mayo del 2021).  
URL disponible en: [www.slideshare.net/PedroReyesBalbas/guia-de-practica](http://www.slideshare.net/PedroReyesBalbas/guia-de-practica)
38. Bardina A, Marco J. Guía de práctica clínica. Manejo del dolor 2003.  
(fecha de acceso 17 de mayo del 2021)  
URL disponible en: [www.slideshare.net/PedroReyesBalbas/guia-de-practica](http://www.slideshare.net/PedroReyesBalbas/guia-de-practica).
39. Valentín V, Murillo M. Dolor y cáncer. En: Guía de Práctica Clínica en Cuidados Continuos. Madrid. 2006. (fecha de acceso 2 de junio del 2021)  
URL disponible en: [www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a6.html](http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a6.html)
40. Tres A, Pérez-Caballero C. Síndromes clínicos de dolor en pacientes con cáncer. Tratamiento del dolor en Oncología. Madrid 2003. (fecha de acceso 02 de junio del 2021).  
URL disponible en: [www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2ref06.html](http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2ref06.html)
41. Gómez B.X. Prevalencia de síntomas en enfermos terminales de cáncer en 10 servicios de oncología. 1991: (fecha de acceso 02 de junio del 2021)

URL disponible en: [scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1134](https://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1134).

42. Caraceni A, Martini C et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: 2004; (fecha de acceso 02 de junio del 2021)

URL disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Caraceni+Portenoy](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Caraceni+Portenoy)

43. Gómez B.X. Prevalencia de síntomas en enfermos terminales de cáncer en 10 servicios de oncología. 1991: op. cit pág

44. Caraceni A, Portenoy RK, Plancarte R, Sabih MA, Jackson N, Serrano JA. Encuesta internacional sobre las características y síndromes del dolor asociado a cáncer. Rev Soc Esp Dolor, 2000;/fecha de acceso 30 de junio del 2021)

URL disponible en: <https://documents.tips › Documents>

45. Caraceni A, Martini C, Zecca E. Portenoy R. Breakthrough Pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: An international survey. Palliat Med 2004; /fecha de acceso 30 de junio del 2021).

URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15198130>

46. OMS. Cancer Pain Release: Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario: Vol 19, N° 1. 2006.

47. Silva J. Manejo integral del dolor por cáncer. En: Bistre S. & Araujo M. Dolor: síntoma, síndrome y padecimiento. México. Azerta Comunicación Creativa 2003: (fecha de acceso 30 de junio del 2021). URL disponible en:

[web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf](http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf)

48. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales, Ciencia y Enfermería IX (2): 2003 (fecha de acceso 30 de junio del 2021).

URL disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

49. Valverde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Artículo de revisión. Salud Pública Mexicana, 2002; (fecha de acceso 30 de junio del 2021). URL disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal024i.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal024i.pdf)
50. Levi L. Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. 2001.
51. Guyyatt G, Feeny D, Patrick, D. Measuring health-related quality of life. Annals of Internal Medicine, vol. 118 1,993 (fecha de acceso 30 de junio del 2021).  
URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8452328>.
52. Ministerio de Salud de Chile. Norma General Técnica N° 31, Norma de Enfermería Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, 1,999 /fecha de acceso 30 de junio del 2021)  
URL disponible en: [www.uss.cl/.../Norma-Programa-Nacional-alivio-del-dolor-por-cáncer-y-cuidados-paliativos](http://www.uss.cl/.../Norma-Programa-Nacional-alivio-del-dolor-por-cáncer-y-cuidados-paliativos).
53. Grupo WHOQOL. Puntos de consenso 2003. (fecha de acceso 30 de junio del 2021).  
URL disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002).
54. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Cuidados Paliativos. Madrid: 2,007. (fecha de acceso 14 de julio del 2021).  
URL disponible en: [www.aeppc.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf](http://www.aeppc.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf)
55. National Institute for Clinical Evidence. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. London. 2,004. (fecha de acceso 14 de julio del 2021).  
URL disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4>
56. Real Academia Española, [página en internet]. Madrid, 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>

57. Bunge M. Introducción a la epistemología. El conocimiento científico. 2012.

Disponible en:

<https://bilosofia.wordpress.com/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>

58. Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia; Blanco Borjas, Dolly Marlene; Sánchez Ramos, Araceli; Ostiguín Meléndez, Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Universidad Nacional Autónoma de México. Enfermería Universitaria, vol. 8, núm. 4, octubre-diciembre, 2011, pp. 16-23.

59. Bernal, C. Metodología de la investigación. (3.<sup>a</sup> ed.). Pearson (2010).

60. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación. McGraw-Hill e Interamericana Editores. 2010.

61. Arispe Alburqueque, C. M., Yangali Vicente, J. S., Guerrero Bejarano, M. A., Lozada de Bonilla, O. R., Acuña Gamboa, L. A. y Arellano Sacramento, C. La investigación científica. Una aproximación para los estudios de posgrado. Universidad Internacional del Ecuador. 2020.

62. Hernández, R., Méndez, S., Mendoza, C. y Cuevas, A. Fundamentos de investigación. McGraw-Hill. (2017).

## **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Anexo 2: Instrumento 1

Anexo 3: Consentimiento Informado

Anexo 4: Carta de autorización para recolección de datos

Anexo 5: Instrumento de intervención

Anexo 6: Validación del Instrumento

Anexo 7: Contraste de dimensiones

Anexo 8: Informe Turnitin

## Anexo 1

### Matriz de Consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la eficacia del Programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la eficacia del taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos en aspectos generales, intervenciones de cuidados y manejo farmacológico en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>El Programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>El Programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” no es eficaz para mejorar en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Conocimientos sobre cuidados paliativos oncológicos de los médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.</p> <p>Dimensiones</p> <p>A. Conocimientos sobre aspectos generales en cuidados paliativos oncológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Factores predisponentes</li> <li>• Signos y síntomas</li> <li>• Tratamiento en el hogar</li> <li>• Complicaciones</li> </ul> <p>B. Intervenciones de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar</li> <li>• Individual</li> <li>• Ambiental</li> </ul> <p>C. Manejo farmacológico</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Según el método Hipotético/deductivo</p> <p>Según el enfoque Cuantitativo</p> <p>Según el tipo Aplicada</p> <p>Según el diseño Experimental</p> <p>Nivel Pre-experimental</p> <p>Según el periodo de secuencia Longitudinal</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es el nivel de conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao antes de la intervención?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Identificar los conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao antes de la intervención.</p>			

<p>2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de salud médicos y enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao después de la intervención?</p> <p>3. ¿Cuál es la eficacia del Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao?</p>	<p>2. Identificar los conocimientos sobre intervenciones de cuidados en cuidados paliativos oncológicos de médicos, enfermeras/os de las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao después de la intervención.</p> <p>3. Analizar la eficacia del Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de opioides</li> <li>• Control de síntomas</li> <li>• Fármacos coadyuvantes</li> <li>• Escalera analgésica.</li> </ul>	
---	---	--	---	--

## Anexo 2

### Técnica: Encuesta

#### Instrumento: Cuestionario cognitivo

#### Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos”

1. Objetivo: recoger datos de conocimientos sobre los cuidados paliativos oncológicos en médicos y enfermera/os.
2. Introducción: Buenos días señores médicos y enfermeras: Soy Lic. Marlene Goyburu y de acuerdo al objetivo antes señalado; mucho le agradeceré, responder el Pretest/Postest que forma parte de la investigación titulada “Eficacia del taller de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de salud de las Direcciones de Salud de Lima y Callao”, que estoy realizando. Requiero se identifique, asegurándole que cautelaré su identificación con código/clave. Muchas gracias.

#### 2. Datos generales:

Nombre: .....CLAVE/CODIGO:

Profesión: .....

A continuación, se le presenta a Ud. preguntas de opción múltiple, marque o encierre en un círculo **sólo la opción verdadera** según corresponda. No omita ninguna pregunta. Muchas gracias.

1. Los cuidados paliativos tiene como objetivo:
  - a. Alivian el dolor y otros síntomas presentes durante la enfermedad (1.0)
  - b. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso muy difícil (0.0)
  - c. Aceleran la muerte si no tratamos los síntomas de la enfermedad (0.0)
  - d. Pueden dispensarse en una etapa inicial de la enfermedad terminal (0.0)
  - e. Utilizan un enfoque de abordaje de profesionales de interdisciplina (0.0)
2. Los cuidados paliativos ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a:
  - a. La familia y cuidador del paciente (0.0)
  - b. Los pacientes que están en domicilio (0.0)
  - c. Los pacientes, la familia y el cuidador (1.0)
  - d. La familia y los pacientes postrados (0.0)
  - e. La sociedad y sistema comunitario (0.0)
3. La comunicación de malas noticias como es el caso del pronóstico tiempo de vida estimada:
  - a. Nunca debe mencionarse, solo si lo solicitan (0.0)

- b. Se comunica solamente a la familia (0.0)
  - c. Se comunica al paciente, si lo solicitara (0.0)
  - d. Se comunica sólo en el momento de la agonía (0.0)
  - e. Se comunica a la familia y al paciente (1.0)
4. Una de las competencias más relevantes de enfermería en cuidados paliativos es:
- a. Tratamiento de signos y síntomas causadas por la enfermedad (0.0)
  - b. Valoración de efectividad de administración de fármacos analgésicos (1.0)
  - c. Interconsulta en el cuidado del paciente, de la familia y el cuidador (0.0)
  - d. Tratamiento de la fiebre indicando el fármaco correspondiente (0.0)
  - e. Proporcionar tratamiento alternativo para alivio de los síntomas (0.0)
5. Son integrantes de prioridad en el equipo multidisciplinario de cuidados paliativos:
- a. Médico, enfermera, químico farmacéutico (1.0)
  - b. Enfermera, médico especialista y psicólogo (0.0)
  - c. Asistente social, médico y enfermera (0.0)
  - d. Psicólogo, químico farmacéutico y medico (0.0)
  - e. Tecnólogo en rehabilitación y medico (0.0)
6. Son procesos que conforman la neurofisiología del dolor, excepto:
- a. Transducción (0.0)
  - b. Transmisión (0.0)
  - c. Modulación (0.0)
  - d. Percepción (0.0)
  - e. Adaptación (1.0)
7. El dolor según temporalidad se clasifica en:
- a. Nociceptivo y neuropático (0.0)
  - b. Leve, moderado y severo (0.0)
  - c. Agudo y crónico (1.0)
  - d. Oncológico y no oncológico (0.0)
  - e. Simple y complicado (0.0)
8. Se utiliza para medir el dolor la escala:
- a. Visual análoga (1.0)
  - b. Karnosky (0.0)
  - c. Oncológica ECOG (0.0)
  - d. APACHE (0.0)
  - e. Ramsay (0.0)
8. Son posibles efectos adversos de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES):
- a. Hemorragia digestiva (1.0)
  - b. Falla renal terminal (0.0)
  - c. Alteración de la hemostasia (0.0)
  - d. Infarto agudo de miocardio (0.0)
  - e. Cefalea y fiebre (0.0)

10. Son opioides potentes, excepto:
  - a. Tramadol (1.0)
  - b. Morfina (0.0)
  - c. Oxidona (0.0)
  - d. Fentanilo (0.0)
  - e. Buprenorfina (0.0)
  
11. Son vías de administración de opioides:
  - a. Oral, subcutánea, intradérmica, transdérmica (0.0)
  - b. Subcutáneo, intradérmica, endovenosa, transdérmica (0.0)
  - c. Transdérmica, endovenoso, subcutánea, oral (1.0)
  - d. Oral, endovenosa, transcutánea, intratecal (0.0)
  - e. Intramuscular, inhalatoria, intratecal, endovenosa (0.0)
  
12. Son fármacos indicados para el tratamiento del dolor neuropático:
  - a. Antidepresivos (1.0)
  - b. Antiepilépticos (0.0)
  - c. Anestésicos (0.0)
  - d. Antibióticos (0.0)
  - e. Ansiolíticos (0.0)
  
13. Referente al manejo de la disnea en cuidados paliativos, de preferencia se usa:
  - a. Oxígeno nasal permanente (0.0)
  - b. Morfina como sedación (0.0)
  - c. Opioides y benzodiazepinas (1.0)
  - d. Apoyo emocional y psicológico (0.0)
  - e. Analgésicos potentes (0.0)
  
14. Son fármacos indicados para las náuseas y/o vómitos en cuidados paliativos:
  - a. Prednisona (0.0)
  - b. Metoclopramida (1.0)
  - c. Midazolam (0.0)
  - d. Dextrometorfano (0.0)
  - e. Paracetamol (0.0)
  
15. Referente al tratamiento de insomnio en cuidados paliativos:
  - a. Siempre debe prescribirse el uso de benzodiazepinas (0.0)
  - b. Debe investigarse la causa y tratar de corregirla (1.0)
  - c. Puede utilizarse manejo no farmacológico alternativo (0.0)
  - d. Debe tratarse con opioides, sedantes e hipnóticos (0.0)
  - e. Debe tratarse con morfina y tratamiento no farmacológico (0.0)
  
16. Son urgencias en cuidados paliativos oncológicos:
  - a. Síndrome de Vena Cava Superior (1.0)
  - b. Obstrucción intestinal (0.0)
  - c. Compresión medular (0.0)

- d. Hipertensión endocraneana (0.0)
  - e. Infarto agudo de miocardio (0.0)
17. De los principios éticos en la toma de decisiones, cuál de las siguientes constituye una consideración importante:
- a. Autonomía del paciente (1.0)
  - b. Beneficencia (0.0)
  - c. Justicia (0.0)
  - d. No maleficencia (0.0)
  - e. Equidad (0.0)
18. Cuáles de los siguientes fármacos se pueden aplicar por vía subcutánea:
- a. Oxícodona (0.0)
  - b. Prednisona (0.0)
  - c. Buprenorfina (0.0)
  - d. Vancomicina (0.0)
  - e. Morfina (1.0)
19. Para el alivio del dolor se utiliza:
- a. Tramadol (1.0)
  - b. Prednisona (0.0)
  - c. Metoclopramida (0.0)
  - d. Furosemida (0.0)
  - e. Dextrometorfano (0.0)
20. Respecto a los cuidados paliativos, estos:
- a. Alivian otros síntomas presentes y potenciales en el paciente (0.0)
  - b. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal (1.0)
  - c. Aceleran la muerte evitando el sufrimiento del paciente y la familia (0.0)
  - d. Pueden dispensarse solo en etapa final de evolución la enfermedad (0.0)
  - e. Utilizan un enfoque de intervención de equipo transdisciplinario (0.0)

### **Anexo 3**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud para la maestría de: “Maestría en Ciencias de Enfermería con Mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con el(la) investigador(a) al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: “Efectividad del taller de capacitación: Cuidados Paliativos Oncológicos en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y la DIRESA Callao - 2022”

Nombre del investigador principal: Lic. Marlene Esther Goyburu Molina de Gómez

Propósito del estudio: Determinar la eficacia del taller de capacitación “Cuidados paliativos Oncológicos” en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana (DIRIS) y Dirección Regional de Salud (DIRESA) Callao.

Participantes: Todos los asistentes

Participación:

Participación voluntaria: si

Beneficios por participar: contribuir a la mejora de la intervención.

Inconvenientes y riesgos: ninguno

Costo por participar: ninguno

Remuneración por participar: no aplica

Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos.

Renuncia: Puede renunciar a la participación en cualquier momento.

Consultas posteriores: Al correo mgoyburu minsa.gob.pe y teléfono 989 024 762

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:.....

Apellido y nombres:.....(agregado)

Edad: .....(agregado)

Correo electrónico personal o institucional: .....

---

Firma

## Anexo 4



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”  
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Lima, 18 de abril del 2022

**Señor**

**Dr. Alejandro Raffo Ibarra**

Director de la Escuela de Posgrado

Universidad Privada Norbert Wiener

Presente. –

De mi consideración:

Por medio del presente me es grato saludarlo y comunicarle, que la Lic. Enfermera Marlene Esther Goyburu Molina de Gómez proponente de la Tesis “EFICACIA DEL PROGRAMA DE CAPACITACION “CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLOGICOS EN LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MÉDICOS Y ENFERMERAS/OS DE TRES DIRIS DE LIMA METROPOLITANA Y LA DIRESA CALLAO 2022”, para obtener el grado académico de Maestría, ha presentado un instrumento para la aplicación respectiva.

Por tal motivo se autoriza la aplicación del instrumento (cuestionario pre y pos test) a los participantes en el taller de capacitación de cuidados paliativos oncológicos organizado por la Dirección de Prevención y Control del Cáncer del Ministerio de Salud.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

M.C. Víctor Alex Palacios Cabrejos

Director Ejecutivo

Dirección de Prevención y Control del Cáncer

## Anexo 5

### Taller: Programa de Capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos”

#### I. Antecedentes

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28343, que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los Servicios Médicos Oncológicos.
- Decreto Supremo N° 008 – 2017, el cual aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, así también la creación de la Dirección de Prevención y Control del Cáncer.
- Decreto Supremo N° 009-2012-SA, donde Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas.
- Decreto Supremo N° 010-2005-SA, modifica el Reglamento de Estupefacientes Psicotrópicos Sujetas a Fiscalización Sanitaria.
- Decreto Supremo N° 023-2001-SA, aprueba el Reglamento de Estupefacientes Psicotrópicos Sujetas a Fiscalización Sanitaria.
- Resolución Ministerial N° 1007-2005, que establece los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos.
- Resolución Ministerial N° 251-2014/MINSA, se aprobó la Guía de Identificación, Estandarización y Elaboración de Instrumentos para la Evaluación de Competencias con el Enfoque Funcional.
- Resolución Jefatural N° 968-2005-IDREH//J Aprueba la Directiva IDREH N° 002-DGFP-2005 “Norma Técnica para las Actividades de Capacitación Basadas en el Enfoque Educativo por Competencias” para dar cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 452-2005/MINSA que consta de VIII Numerales.
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP V.01: Directiva administrativa que establece la cartera de servicios de salud.

- Resolución Ministerial 1013 – 2007 / MINSA, que aprueba la NTS N° 062 – MINSA/DGSP – V.01: “Norma técnica de salud de la Unidad productora de servicios Tratamiento del Dolor”.
- Resolución Jefatural N° 334 – 2016 – J /INEN, que aprueba: “Norma Técnica Oncológica de la Unidad Productora de Servicios de Salud de Cuidados Paliativos Oncológicos del INEN”.

## II. Justificación

El cáncer se encuentra dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como una de las patologías de mayor mortalidad, constituyendo la segunda causa de muerte en nuestro país (17 %), la cual sigue en aumento en los últimos años pese a los esfuerzos realizados para su detección temprana y las mejores opciones terapéuticas, dado que aproximadamente un 50 % de los pacientes al diagnóstico son portadores de una enfermedad metastásica, o son portadores de una enfermedad localmente avanzada, con un riesgo de recurrencia de enfermedad.

Ante esto hay una necesidad creciente en los establecimientos de salud (EESS) de los tres niveles de atención por parte del personal de salud, para el fortalecimiento de las capacidades en la atención en cuidados paliativos (CP), a esto se suma la brecha entre la demanda de atención en cuidados paliativos por parte de los pacientes con cáncer y los pocos EESS de II y III nivel del MINSA que brindan una atención oncológica integral, en la cual los cuidados paliativos se integran a la atención de pacientes portadores de una enfermedad avanzada.

La estimación de la demanda actual de atención de servicios de CP se relaciona de forma directa a la tasa de mortalidad anual por cáncer ajustada por sexo y edad, que según el ASIS de cáncer 2013 es de 107 defunciones por 100 mil habitantes, por lo antes expuesto se estima que 34 mil personas (según población INEI) al año, perecen por cáncer, siendo tributarios de atención de CP en los EESS con posterior transición a la atención domiciliario.

En el contexto del desarrollo de la Propuesta del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Cuello de Útero (2017-2021), Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú (2017-2021) y el Plan Nacional para la Atención Integral de la Leucemia Linfática Aguda en Pacientes de 1 a 21 años” se hace necesario el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud

para brindar atención de cuidados paliativos, poniendo énfasis en la formación del personal de salud del primer nivel de atención a través de cursos virtuales y semipresenciales.

### III. Objetivos

1. Fortalecer las capacidades de los profesionales de salud: médico y enfermera/o general de los EESS del primer nivel de atención a través de sesiones educativas, para brindar atención en cuidados paliativos.
2. Sensibilizar al personal de salud: médico y enfermera/o, sobre la importancia de implementar estos servicios en los EESS, priorizando el primer nivel de atención.
3. Describir las experiencias, lecciones y necesidades sobre la atención en cuidados paliativos desde la realidad regional.

### IV. Descripción de las actividades a desarrollar

Consistirá en una actividad académica tipo taller en donde se utilizarán técnicas expositivas, participativas, las cuales fomentarán la intervención dinámica de los asistentes.

La actividad se llevará a cabo en dos días, teóricos participativos en que se utilizarán metodología para adultos con enfoques humanísticos culminando con talleres prácticos de 36 horas en establecimiento(s) de salud de nivel II – III de la Región.

### V. Actividad operativa

99- Capacitación y asistencia técnica de la prevención y control del cáncer

Tarea: Gestionar curso – taller de Cuidados Paliativos

### VI. Productos por obtener

1. Establecimientos de salud del primer nivel de atención, con personal (médico y enfermera/o) fortalecidos en sus capacidades en la atención de cuidados paliativos oncológicos.
2. Informe sobre las necesidades desde la realidad de cada región, para brindar la atención de cuidados paliativos desde el primer nivel de atención.

## VII. Organización

Dirección Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA

## VIII. Participantes facilitadores:

Ministerio de Salud: Personal de DPCAN.

## IX. Participantes por Región:

El perfil de los profesionales será: médicos y enfermeras/os de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, bajo modalidad de contratos CAS o nombrado de las Regiones.

Se espera contar con 120 participantes por DIRIS y DIRESA.

INICIO	FIN	SEDE	PARTICIPANTES				FINANCIADOS POR MINSA
			MINSA	DIRIS	DPCAN	TOTAL	
			ORGANIZACIÓN	PARTICIPANTES	FACILITADORES		
		LIMA y CALLAO	2	120	4	126	126

## X. Evaluación:

La evaluación de la eficacia del taller se realizará a través de la aplicación de un test de conocimientos que consta de 20 preguntas asignándose el valor de un punto a cada una de ellas. (Ver Anexos)



**XIV. PROGRAMA**



Día 1				
HORARIO	PONENTE	TOPICO/OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIALES
08:30 – 08:40 10 min.	DPCAN – DIRESA/GERESA	Bienvenida		
08:40 - 09:00 20 min.	Equipo DPCAN	Presentación de participantes	Cada uno de los participantes se presenta ante todo el grupo con una breve reseña.	
09:00 - 09:10 10 min.	Equipo DPCAN	Descripción del curso taller * Objetivos * Horario * Metodología	Presentación en <u>Power Point</u>	* Proyector multimedia * Computadora * Materiales que se usarán
09:10 - 09:40 30 min		Cuestionario pre-curso	Examen escrito: individual	* Cuestionarios
09:40 - 10:10 30 min		<b>Enfermedad terminal y cuidados paliativos: concepto, organización y trabajo multidisciplinario.</b>	Presentación en <u>Power Point</u>	* Proyector multimedia * Computadora
10:10 – 10:40 30 min		<b>Información y comunicación con el enfermo y su familia en cuidados paliativos.</b>	Presentación en <u>Power Point</u> de conceptos claves y discusión de casos clínicos por grupos	* Proyector multimedia * Computadora * Pizarra acrílica * <u>Papelógrafos</u> * Plumones de color * <u>Masking tape</u> * Cuadernillo de casos clínicos
10:40 - 11:00	<b>BREAK</b>			
11:00 - 11:30 30 min		<b>Intervención de enfermería: cuidados, valoración, seguimiento terapéutico, instrumentos y registros en cuidados paliativos.</b>	Presentación interactiva de conceptos clave	* Proyector multimedia * Computadora * Pizarra acrílica * Plumón



11:30 – 12:30 60 min (30 min c/u)		<b>Aspectos e intervenciones psicológicas en el paciente - familia en cuidados paliativos</b>	Presentación en <u>Power Point</u> de conceptos <u>claves</u> y exposición de casos clínicos por grupos	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Proyector multimedia</li> <li>* Computadora</li> <li>* Pizarra acrílica</li> <li>* <u>Papelógrafos</u></li> <li>* Plumones de color</li> <li>* <u>Masking tape</u></li> <li>* Cuadernillo de casos clínicos.</li> </ul>
		<b>Aspectos e intervenciones sociales en el paciente - familia en cuidados paliativos</b>		
12:30 – 13:30	<b>ALMUERZO</b>			
13:30 – 15:45 135 min (45 min c/u)		<b>Anatomía y fisiología del dolor.</b>	Presentación en <u>Power Point</u> de conceptos <u>claves</u> con resolución de dudas de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Proyector multimedia</li> <li>* Computadora</li> <li>* Pizarra acrílica</li> <li>* <u>Papelógrafos</u></li> <li>* Plumones de color</li> <li>* <u>Masking tape</u></li> <li>* Cuadernillo de ayuda visual.</li> </ul>
		<b>Historia clínica de dolor, evaluación de síntomas y escalas en cuidados paliativos.</b>		
		<b>Manejo farmacológico del dolor 1: analgésicos opioides.</b>		
15:45 - 16:30 45 min		<b>Propuesta del Plan nacional de cuidados paliativos oncológicos en el Perú (2017 – 2021)</b>	Charla magistral	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Proyector multimedia</li> <li>* Computadora</li> </ul>
16:30 - 16:50	<b>BREAK</b>			
16:50 - 18:50 120 min.	Equipo DPCAN	<b>Taller de rotación de opioides.</b>	Se dividen en grupos para realizar la Sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Proyector multimedia</li> <li>* Computadora</li> <li>* Pizarra acrílica</li> <li>* <u>Papelógrafos</u></li> <li>* Plumones de color</li> <li>* <u>Masking tape</u></li> <li>* Lapiceros</li> <li>* Hojas bond</li> <li>* Cuadernillo de ayuda visual.</li> </ul>



Día 2				
HORARIO		TOPICO/OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIALES
08:30- 08:40 10 min		Agenda del día	Será realizada por un participante del curso	
08:40 – 9:25 45 min		<b>Manejo farmacológico del dolor 2: analgésicos no opioides y coadyuvantes.</b>		
9:25 - 10:10 45 min.		<b>Alivio de síntomas respiratorios: tos, disnea, broncorrea y hemoptisis.</b>	Presentación en <u>Power</u> Point de conceptos claves con resolución de dudas de los participantes.	* Proyector multimedia * Computadora * Pizarra acrílica * Plumón
10:10 - 10:55 45 min.		<b>Alivio de síntomas digestivos: náuseas, vómitos, diarrea, constipación y anorexia – caquexia.</b>		
10:55 - 11:15	<b>BREAK</b>			
11:15 - 12:00 45 min.		<b>Alivio de síntomas neuropsiquiátricos. Ansiedad, depresión, insomnio y delirium.</b>	Presentación en <u>Power</u> Point de conceptos claves con resolución de dudas de los participantes.	* Proyector multimedia * Computadora * Pizarra acrílica * Plumón
12:00 - 12:45 45 min.		<b>Alivio de síntomas genitourinarios: disuria, tenesmo y constitucionales: fiebre, astenia y edema.</b>		
12:45 -13:45	<b>ALMUERZO</b>			
13:45-15:15 90 min (45 min c/u)		<b>Urgencias en oncología y cuidados paliativos 1: Síndrome vena cava superior, obstrucción intestinal y hemorragia.</b>	Presentación en <u>Power</u> Point de conceptos claves con resolución de dudas de los participantes.	* Proyector multimedia * Computadora * Pizarra acrílica * Plumón
		<b>Urgencias en oncología y cuidados paliativos 2: Compresión medular, hipertensión endocraneana y convulsiones.</b>		



PERÚ

Ministerio de Salud

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

15:15 – 16:00 45 min		<b>Cuidados Paliativos y Bioética</b>	Presentación en <u>Power Point</u> de conceptos claves con resolución de dudas de los participantes.	* Proyector multimedia * Computadora * Pizarra acrílica * Plumón
16:00 – 16:20	<b>BREAK</b>			
16:20 – 16:50		Evaluación final		
16:50 – 17:00	Equipo DPCAN	Clausura del Curso		

## Anexo 6

### Carta Validación de Instrumento

#### CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctor/a:

Presente

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo egresada del programa de Maestría requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Magister.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: **“Eficacia del Taller de Capacitación Cuidados Paliativos Oncológicos en los conocimientos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y la DIRESA Callao 2022”** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de enfermería, cuidados paliativos y docencia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de Usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente



---

Marlene Esther Goyburu Molina de Gómez

---

D.N.I: 25426710

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Susan Gonzales Saldaña

DNI:43575794

Especialidad del validador: Director de Enfermería

11 de abril del 2022



Firma del Experto Informante.

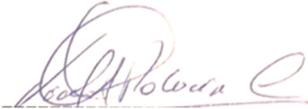
Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Víctor Alex palacios Cabrejos

DNI: 43259850

Especialidad del validador: Médico Especialista en Oncología

1 de abril del 2022



Firma del Experto Informante.

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Wherther Fernández

DNI: 05618139

Especialidad del validador: Doctor en Salud Pública y Maestro en Gerencia de Salud. Biólogo CBP 5563

12 de abril del 2022



Firma del Experto Informante.

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. **Dra. Milagros Uturnco**

DNI: 44551282

Especialidad del validador:

9 de abril del 2022



Firma del Experto Informante.

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  Aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. **Dra. Reyda Canales**

DNI: 07575555

Especialidad del validador: **Especialista en Enfermería de Cuidado Quirúrgico y Docente Post grado**

8 de abril del 2022



Firma del Experto Informante.

## Anexo 7

### Contraste de dimensiones

#### Dimensión A

El programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos en aspectos generales de los cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao

-**Nivel de significancia:** 0.05

-**Estadístico de prueba:** Rango de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

**Tabla N° 1.** Comparación de los puntajes de conocimiento de aspectos generales de los cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

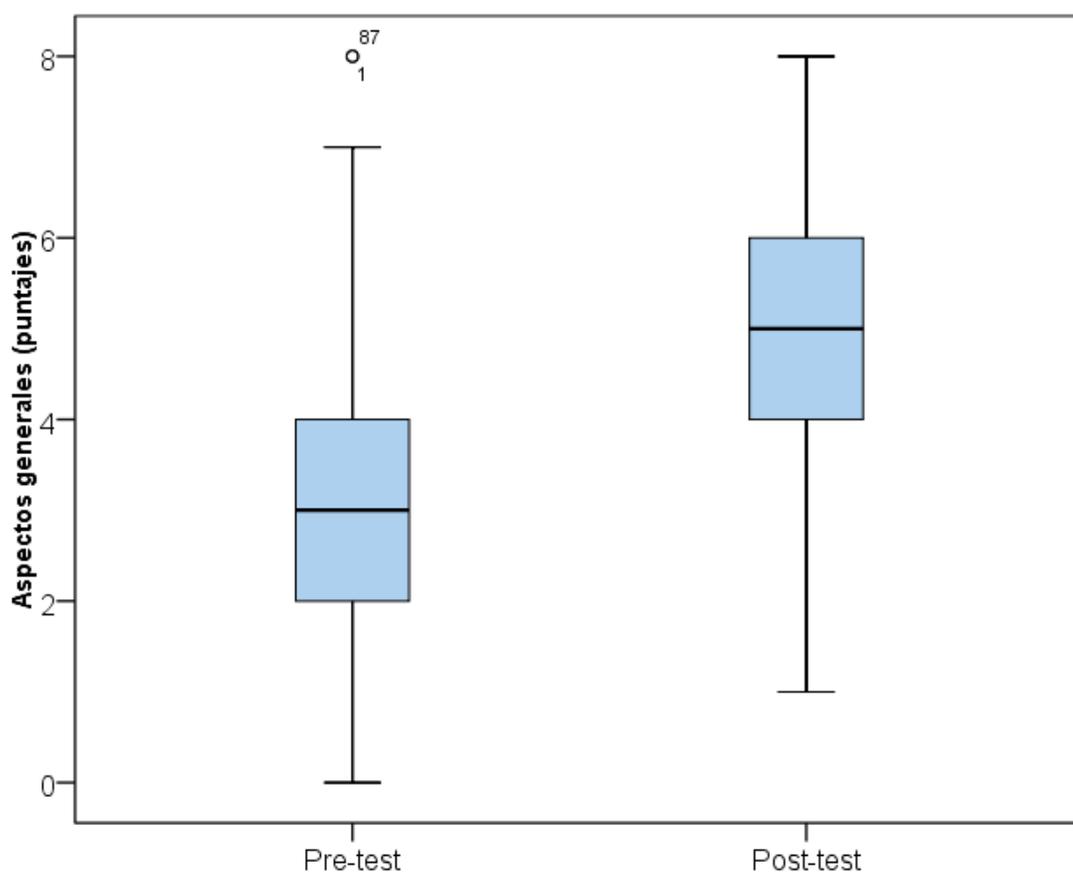
Evaluación	Media	S	Mediana	P25	P75	Rangos de Wilcoxon	
						Z	p
Pre-test	3	2	3	2	4	-6,836	.000
Post-test	5	2	5	4	6		

S: desviación estándar; P25: percentil 25; P75: percentil 75

En la **tabla 1** se observa que el puntaje medio de aspectos generales en el pre-test fue 3 puntos, pasando a 5 puntos en el post-test. La prueba de Rangos de Wilcoxon, dio como resultado un estadístico de -6.836 y  $p=0.000$ , por lo tanto, el programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos

en aspectos generales de los cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao. En la figura 1 se observa la distribución de los puntajes de la dimensión aspectos generales de los cuidados paliativos antes y después del programa de capacitación; en ella se evidencia que los puntajes son mayores en el post-test.

**Figura N° 1.** Comparativo de puntajes de conocimiento de aspectos generales de cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación.



### Dimensión B

El programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos en intervenciones de cuidados paliativos oncológicos de

los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao

**-Nivel de significancia:** 0.05

**-Estadístico de prueba:** Rango de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

**Tabla N° 2.** Comparación de los puntajes de conocimiento de intervenciones para los cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

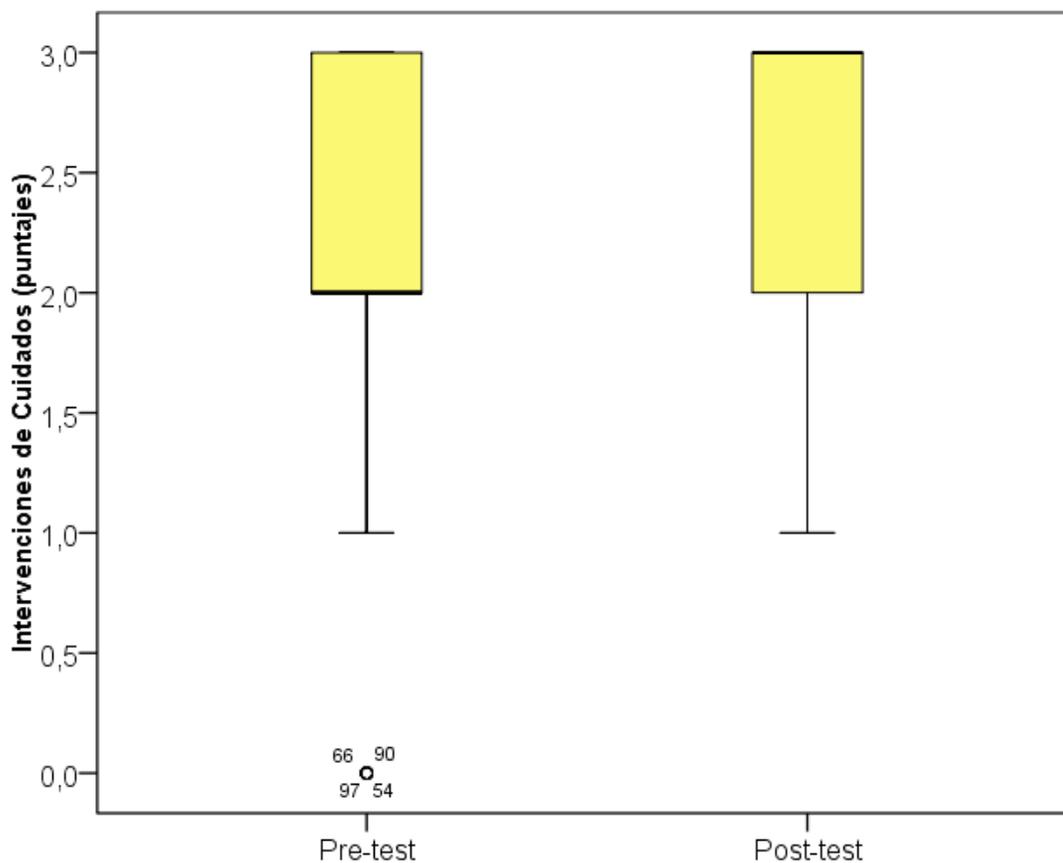
Evaluación	Media	S	Mediana	P25	P75	Rangos de Wilcoxon	
						Z	p
Pre-test	2	1	2	2	3	-4,896	.000
Post-test	2	1	3	2	3		

S: desviación estándar; P25: percentil 25; P75: percentil 75

En la **tabla 2** se observa que el puntaje medio de intervenciones de cuidados en el pre-test fue 2 puntos, manteniéndose en 2 puntos en el post-test, sin embargo, en la mediana se observa que paso de 2 a 3 puntos. La prueba de Rangos de Wilcoxon, dio como resultado un estadístico de -4.896 y  $p=0.000$ , por lo tanto, el programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos en intervenciones de cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

En la **figura 2** se observa la distribución de los puntajes de la dimensión intervenciones de los cuidados paliativos antes y después del taller de capacitación; en ella se evidencia que los puntajes son similares, sin embargo, la mediana es mayor en el post-test.

**Figura N° 2.** Comparativo de puntajes de conocimiento de intervenciones para los cuidados paliativos oncológicos antes y después del taller de capacitación



### Dimensión C

El programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos para el manejo farmacológico en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao

**-Nivel de significancia:** 0.05

**-Estadístico de prueba:** Rango de Wilcoxon para dos muestras relacionadas.

**Tabla N° 3.** Comparación de los puntajes de conocimiento para el manejo farmacológico en cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación en profesionales de salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

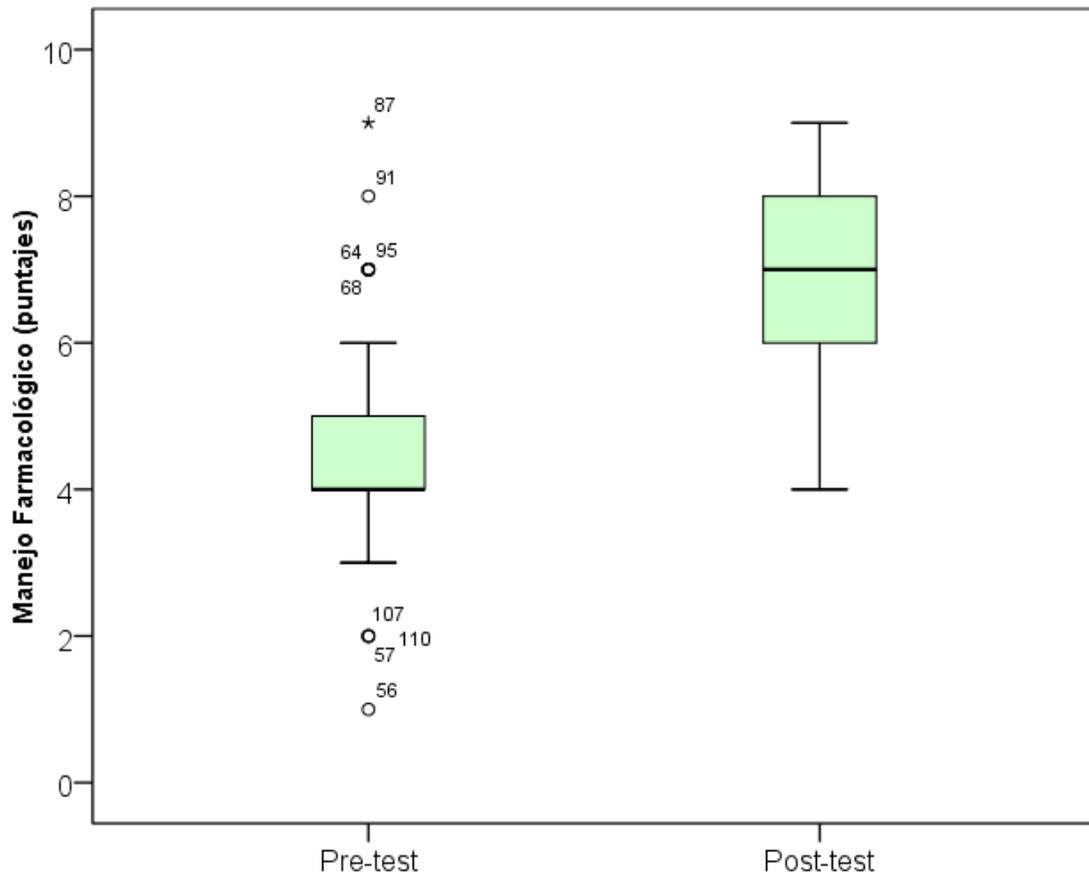
Evaluación	Media	S	Mediana	P25	P75	Rangos de Wilcoxon	
						Z	p
Pre-test	5	1	4	4	5	-8,247	.000
Post-test	7	1	7	6	8		

S: desviación estándar; P25: percentil 25; P75: percentil 75

En la tabla 3 se observa que el puntaje medio de manejo farmacológico en el pre-test fue 5 puntos, subiendo a 7 puntos en el post-test. La prueba de Rangos de Wilcoxon, dio como resultado un estadístico de -8.247 y  $p=0.000$ , por lo tanto, el programa de capacitación “Cuidados Paliativos Oncológicos” es eficaz para mejorar el nivel de los conocimientos para el manejo farmacológico en cuidados paliativos oncológicos de los profesionales de la salud médicos y enfermeras/os de tres DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao.

En la figura 5 se observa la distribución de los puntajes de la dimensión manejo farmacológico en los cuidados paliativos antes y después del taller de capacitación; en ella se evidencia que los puntajes son mayores en post-test.

**Figura N° 3.** Comparativo de puntajes de conocimiento para el manejo farmacológico en cuidados paliativos oncológicos antes y después del programa de capacitación



## **Anexo 8**

### **Informe del asesor de Turnitin**