



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva del
final tranquilo de la vida

**Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciado/a en
Enfermería**

Autor:

López López Alex Darío
Tagua Paredes Nathaly Valeria

Tutor:

Lic. Jimena Alexandra Morales Guaraca MsC.

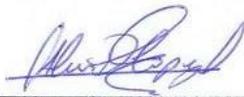
Riobamba, Ecuador. 2024

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotros, Alex Dario López López, con cédula de ciudadanía 1850152990 y Nathaly Valeria Tagua Paredes con cédula de ciudadanía 1600732943, autores del trabajo de investigación titulado: **“Abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva del final tranquilo de la vida”**, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de nuestra entera responsabilidad; liberando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a los 4 días del mes de noviembre del 2024.



Alex Dario López López

C.I: 1850152990



Nathaly Valeria Tagua Paredes

C.I: 1600732943

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Jimena Alexandra Morales Guaraca catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **“Abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva del final tranquilo de la vida”**, bajo la autoría de Alex Darío López López y Nathaly Valeria Tagua Paredes; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 4 días del mes de noviembre de 2024.



Lic. Jimena Alexandra Morales Guaraca, MsC.
C.I: 0602935298

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **“Abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva del final tranquilo de la vida”** por Alex Darío López López, con cédula de identidad número 1850152990 y Nathaly Valeria Tagua Paredes con cédula de identidad 1600732943, bajo la tutoría de Mgs. Jimena Alexandra Morales Guaraca; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, a los 17 días del mes de diciembre de 2024.

Paola Machado Herrera, PhD./Mgs.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO


.....

Viviana Mera Herrera, PhD./Mgs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Luz Lalón Ramos, Mgs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





CERTIFICACIÓN

Que, **LÓPEZ LÓPEZ ALEX DARÍO** con CC: 1850152990, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "Abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva de la teoría del final tranquilo de la vida", cumple con el **7%**, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **TURNITIN**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 12 de diciembre de 2024

Lic. Jimena Alexandra Morales Guaraca MSc.
TUTORA



CERTIFICACIÓN

Que, **TAGUA PAREDES NATHALY VALERIA** con CC: **1600732943**, estudiante de la Carrera de Enfermería, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**Abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva del final tranquilo de la vida**", cumple con el **7 %**, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **TURNITIN**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 26 de Noviembre de 2024

MsC. Jimena Morales Guaraca.
TUTORA

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y vida para poder cumplir mis sueños, a mi madre por ser el pilar fundamental de mi vida y luz en la oscuridad, a mis hermanos, amigos y conocidos por su preocupación y palabras de aliento en momentos difíciles de mi carrera. A mi padre, que, con su amor incondicional y lecciones sabias soy el hombre que soy. Gracias, infinitas gracias.

Alex Darío López López

A Dios por las bendiciones, guiarme en cada paso de este proceso y por darme la fortaleza y la sabiduría necesarias para alcanzar mis metas. A mis padres y hermano, cuyo amor incondicional y apoyo constante han sido la base de mis logros. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, dedicación, perseverancia y la importancia de la educación. Sin su aliento y sacrificio, este logro no habría sido posible.

Nathaly Valeria Tagua Paredes

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarnos salud, vida y por habernos encaminado en una carrera muy noble como es la Enfermería.

A nuestros padres por su apoyo moral y económico, por ser el pilar fundamental en todo momento durante nuestra carrera que nos permitieron culminar nuestros estudios.

A la gloriosa Universidad Nacional de Chimborazo y a las estimadas docentes de la carrera de Enfermería por inculcarnos su conocimiento y amor por la profesión; las cuales, nos han guiado durante nuestra formación académica y además ayudado a ser mejores seres humanos más conscientes y empáticos.

Gratitud a nuestra tutora, MsC. Jimena Alexandra Morales Guaraca por su invaluable orientación y apoyo constante para la elaboración del presente trabajo. Su dedicación y conocimientos han sido fundamentales en cada etapa de este trabajo.

A todos ustedes, infinitas gracias.

Alex y Nathaly

ÍNDICE GENERAL:

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL.....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	26
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXO 1. ALGORITMO.....	37
ANEXO 2. TRIANGULACIÓN.....	38

RESUMEN

El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas, como el cáncer, han obligado a los sistemas de salud a adaptar sus servicios para ofrecer cuidados paliativos. El cáncer es la primera enfermedad que se benefició de estos cuidados que son esenciales para aliviar el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual de los pacientes en su etapa final de vida. Este trabajo de investigación tuvo como objetivo analizar el abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva del final tranquilo de la vida. Se realizó una investigación bibliográfica mediante la recopilación de información en documentos científicos nacionales e internacionales publicados en bases indexadas como: Scielo, Redalyc, Dialnet, Elsevier y visitas en sitios webs oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). El abordaje de enfermería en cuidados paliativos fundamentados en la teoría de Ruland y Moore, permitió identificar que una atención integral y centrada en el ser humano, logra una mejora significativa en la calidad de vida de quienes se encuentran en esta etapa de incertidumbre vital; priorizando el control del dolor mediante la administración de analgesia farmacológica y no farmacológica para evitar el sufrimiento. Este abordaje de molestias físicas y emocionales a través de técnicas de relajación y reposo, previenen complicaciones y promueven la tranquilidad y el bienestar general; así como la inclusión activa de la familia en la toma de decisiones y cuidado considerado fundamental, para que la experiencia al final de la vida sea sin dolor, caracterizada por bienestar, dignidad, paz y cercanía con los seres queridos.

Palabras clave: cáncer, cuidados paliativos, Teoría de Enfermería, Cuidados Paliativos al Final de la Vida.

ABSTRACT

The aging of the population and the increase in chronic diseases, such as cancer, have forced health systems to adapt their services to offer palliative care. Cancer is the first disease to benefit from this care, which is essential to alleviate the physical, emotional, social, and spiritual suffering of patients in their final stage of life. This research analyzed the nursing approach to cancer patients from a peaceful end-of-life perspective. Bibliographical research was carried out by collecting information from national and international scientific documents published in indexed databases such as Scielo, Redalyc, Dialnet, and Elsevier and visiting the official websites of the World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO) and the Ministry of Public Health of Ecuador (MSP). The nursing approach in palliative care, based on the theory of Ruland and Moore, allowed us to identify that comprehensive and human-centered care achieves a significant improvement in the quality of life of those who are in this stage of vital uncertainty, prioritizing pain control through the administration of pharmacological and non-pharmacological analgesia to prevent suffering. This approach to physical and emotional discomfort through relaxation techniques prevents complications and promotes tranquility and general well-being; as well as the active inclusion of the family in decision-making and care, considered essential so that the end-of-life experience is painless, characterized by well-being, dignity, peace and closeness to loved ones.

Keywords: Cancer, palliative care, Nursing Theory, Palliative Care at the End of Life



Reviewed by:

Mgs. Sofia Freire Carrillo

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604257881

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento como un proceso natural junto con el aumento de la esperanza de vida, ha resultado en un incremento en la incidencia y prevalencia de diversas enfermedades crónicas y degenerativas, incluyendo el cáncer. En el ámbito de las enfermedades oncológicas, el final de la vida se refiere a la etapa en la que el riesgo de fallecimiento es significativo y la expectativa de vida es inferior a 12 meses. Durante esta fase, que forma la parte esencial de los cuidados paliativos, se observa un rápido deterioro tanto físico como psicológico, además de un incremento de los síntomas de relacionados con patologías avanzadas. ⁽¹⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2022 se registraron 20 millones de nuevos diagnósticos de cáncer y 9.7 millones de fallecimientos asociados a esta enfermedad. Se calcula que una de cada cinco personas desarrollará cáncer a lo largo de su vida, con una mortalidad que afecta a uno de cada nueve hombres y a una de cada doce mujeres. Durante el mismo año, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CICC) reportó que diez tipos de cáncer representaron aproximadamente dos tercios tanto de los nuevos casos como de las muertes a nivel global. Estos datos provienen de un análisis que abarca 185 países y considera 36 tipos de cáncer según su prevalencia. Se proyecta que para el año 2040 los casos anuales aumenten a 28 millones en todo el mundo. ⁽²⁾

En este contexto, el cáncer de pulmón continúa siendo el más frecuente a nivel mundial, con 2.5 millones de casos nuevos, lo que equivale al 12.4% del total de diagnósticos. El cáncer femenino ocupa la segunda posición con 2.3 millones de casos (11.6%), seguido del cáncer colorrectal 1.9 millones de casos (9.6%), el de próstata 1.5 millones de casos (7.3%) y el de estómago 970000 casos (4.9%). En cuanto a la mortalidad en estas patologías presentan cifras preocupantes, destacando el cáncer de pulmón como la principal causa de muerte con 1.8 millones de muertes que representan el 18.7% del total de muertes por cáncer. A continuación, se encuentran el cáncer colorrectal 900000 muertes (9.3%), hígado 760000 (7.8%), mama 670000 (6.9%) y de estómago 660000 (6.8%). ⁽²⁾

Existen diferencias significativas en la incidencia y mortalidad del cáncer según el sexo. En los hombres, el tipo de cáncer más frecuente es el de pulmón, seguido por el cáncer de próstata y el colorrectal. No obstante, los cánceres de hígado y colorrectal son los que generan el mayor número de muertes en esta población. En el caso de las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de incidencia, seguido por el de pulmón y, en tercer

lugar, el cáncer colorrectal. El cáncer cervicouterino se encuentra en la octava posición en cuanto a nuevos diagnósticos y es la novena causa de muerte por esta patología, con un registro de 661.044 nuevos casos y 348 fallecimientos.⁽²⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) con motivo del Día Mundial contra el Cáncer señala que esta enfermedad representa la segunda causa de morbimortalidad en América Latina, después de las enfermedades cardiovasculares. En 2020, se estimó que aproximadamente cuatro millones de personas fueron diagnosticadas con cáncer en la región, y 1.4 millones fallecieron. Alrededor del 57% de los nuevos diagnósticos y el 47% de las muertes ocurrieron en personas menores de 69 años. Según proyecciones de la OMS, para 2030 el número de nuevos casos de cáncer en América Latina y el Caribe podría alcanzar los 1.8 millones anualmente.⁽³⁾

En Ecuador para el año 2020 se registraron 29.273 nuevos casos de cáncer. De estos, 76062 eran prevalentes, es decir, incluían tanto a las personas que habían sido diagnosticadas en los últimos cinco años como a aquellas recién fueron detectadas; además se reportaron 15.123 fallecimientos. Los tipos de cáncer más comunes en la población ecuatoriana abarcan: el de mamá, próstata, colorrectal, estómago, tiroides, cuello uterino, linfoma de Hodgkin, leucemia, pulmón e hígado, constituyendo los 10 tipos más frecuentes. En términos de mortalidad, los cánceres de mamá, próstata y cuello uterino lideran la lista.⁽⁴⁾

La situación epidemiológica del cáncer en Ecuador ha experimentado un cambio, afectando predominantemente a hombres y mujeres a partir de los 65 años. De acuerdo con el Registro Nacional de Tumores (RNT) y las estadísticas de Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), se estima que para el año 2024 se detectarían aproximadamente 53.701 casos nuevos anualmente, lo que representa un dato alarmante. Según la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA-Quito), en el año 2023, se brindó atención a más de 431 mil pacientes provenientes de tanto la Red Pública Integral de Salud como del Sistema Privado; además, se realizaron más de 10.000 quimioterapias ambulatorias y 3500 intervenciones quirúrgicas.⁽⁴⁾

Desde esta perspectiva, el cáncer se ha consolidado como un problema de salud pública debido a su gran impacto económico y humano. La mortalidad global asociada a esta enfermedad ha incrementado durante los últimos 25 años. Aunque la incidencia y mortalidad aumentan con la edad, existen casos registrados incluso en edades tempranas, como en la infancia. El diagnóstico de cáncer genera una elevada demanda de recursos humanos y materiales, dado los altos costos relacionados con el diagnóstico, seguimiento, tratamiento y rehabilitación. Además, conlleva un considerable sufrimiento físico,

emocional, social y espiritual, lo que implica la necesidad de atención sanitaria integral para los pacientes, tanto en las etapas de tratamiento como para proporcionar, cuando corresponda un final de vida digno y en paz. ⁽⁵⁾

El final de vida es un proceso inherente al ser humano que puede presentarse en cualquier momento del ciclo vital. Su duración varía, pudiendo abarcar desde unos pocos días o meses hasta varios años, dependiendo de las características individuales de cada persona y del grado de deterioro físico y psicológico que los sitúe en una condición real de fallecimiento. ⁽⁶⁾ Según la OMS, los cuidados paliativos desempeñan un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias al enfrentar problemas de índole física, psicosocial o espiritual relacionados con la enfermedad. No obstante, las estadísticas revelan que solo un porcentaje reducido de personas accede a esta asistencia a nivel global, y actualmente persisten barreras significativas de acceso a estos servicios. ⁽⁷⁾

De acuerdo con Cisternas, actualmente cerca de 40 millones de personas en el mundo requieren atención paliativa, pero únicamente el 14% de ellas tiene acceso a este tipo de cuidados. Este panorama se explica por diversos factores, entre los cuales destacan la estricta regulación del uso de la morfina y otros medicamentos paliativos, la insuficiente formación y sensibilización sobre cuidados paliativos entre los profesionales de la salud, así como el hecho de que el 78% de quienes necesitan de estos servicios residen en países con ingresos mediano y bajos. ⁽⁷⁾

Para el paciente oncológico, el diagnóstico de cáncer implica un cambio trascendental en su vida, acompañado de sentimientos de incertidumbre y temor. Acceder a atención sanitaria representa una oportunidad para encontrar un entorno acogedor y comprensivo que brinde apoyo durante este complejo proceso. En este contexto, el paciente puede desarrollar un mayor sentido de pertenencia y seguridad, lo que favorece su adaptación a la nueva realidad que enfrenta. ⁽⁸⁾

Es ahí donde el profesional de enfermería debe destacar pues colabora estrechamente con el equipo especializado para proporcionar una atención integral y personalizada. En las fases avanzadas del cáncer, las necesidades y evolución de los pacientes, priorizando los cuidados de enfermería sobre los tratamientos médicos. Este enfoque resulta esencial y demanda una atención altamente especializada por parte del personal de enfermería oncológica quienes asumen un rol central en el cuidado de estos pacientes. Por lo anteriormente planteado, es necesario precisar: ¿Cuál es el abordaje enfermero en pacientes oncológicos, desde la perspectiva de la teoría del final tranquilo de la vida?

El objetivo de la revisión bibliográfica fue determinar el abordaje enfermero en pacientes oncológicos desde la perspectiva de la teoría del final tranquilo de la vida, identificando las acciones prioritarias fundamentadas en principios teóricos orientados hacia la atención paliativa, teniendo en cuenta los 5 conceptos que facilitan la resolución de conflictos emocionales y la búsqueda de significado en la vida, a fin de ofrecer una atención integral y humanizada.

Las personas que padecen una enfermedad terminal precisan de cuidados paliativos que contribuyan a mejorar su calidad de vida, tanto en adultos como en niños, así como la de sus familiares. Estos cuidados tienen como propósito abordar los desafíos asociados con patologías potencialmente mortales, además de prevenir y aliviar el sufrimiento. Esto se logra mediante la identificación precoz, la evaluación adecuada y el tratamiento efectivo del dolor, así como de otros síntomas, ya sean de naturaleza física, psicosocial o espiritual.⁽⁹⁾

En este sentido, la Política Nacional de Cuidados Paliativos establece que estos servicios holísticos están orientados a personas de cualquier edad que enfrentan un sufrimiento significativo asociado a una enfermedad grave o terminal, con especial atención a quienes se encuentran en etapas finales de la vida. Su enfoque se centra en responder a las necesidades específicas de cada individuo, priorizando estas sobre las estimaciones médicas de supervivencia. El objetivo principal es mejorar la calidad de vida no solo de los pacientes, sino también de sus familias y cuidadores.⁽¹⁰⁾

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

El cáncer se define como un grupo de enfermedades de origen multifactorial que pueden afectar diversas partes del organismo. Su rasgo distintivo es la proliferación acelerada de células anormales, acompañada de alteraciones en la diferenciación celular, lo que provoca la formación de tumores en tejidos específicos. Este crecimiento anómalo permite que las células cancerosas se propaguen más allá del tejido de origen, extendiéndose a otras regiones del organismo mediante un proceso conocido como metástasis, considerada la complicación con mayor mortalidad asociada a esta enfermedad. ^(5,9,11)

López y Cardona destacan que el cáncer no constituye una única enfermedad, sino que abarca alrededor de 200 variantes que comparten una característica común: proliferación descontrolada de células. Estas no siguen un ciclo habitual de crecimiento, regeneración y muerte celular, sino que presentan un patrón de crecimiento acelerado y anómalo, lo que da lugar a la formación de tumores. Estas formaciones pueden clasificarse como benignas o malignas, siendo las malignas aquellas capaces de propagarse a través del organismo mediante un proceso conocido como metástasis. Además, no todos los tipos de cáncer están asociados a la formación de tumores; un ejemplo es la leucemia, donde las células cancerosas se diseminan a través de la sangre, sin afectar necesariamente a un órgano o tejido en particular. ⁽¹²⁾

Esta enfermedad constituye una seria amenaza para la salud pública a nivel mundial, con una incidencia estimada de 20 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes anuales. Se proyecta que esta carga aumentará en un 60% en las próximas dos décadas, impactando de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medianos. Para afrontar este desafío, es fundamental un esfuerzo global que fortalezca los sistemas de salud, amplíe el acceso a estrategias de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento, y fomente la investigación y la innovación en la lucha contra esta enfermedad. Solo mediante acciones conjuntas y un compromiso sostenido, será posible construir un futuro en el que el cáncer deje de ser una sentencia de muerte para convertirse en una enfermedad prevenible, diagnosticable y tratable de forma efectiva. ⁽⁵⁾

El inicio y desarrollo del cáncer están relacionados con diversas causas y factores de riesgo predisponentes, afectando a las personas sin distinción; sin embargo, se observa una mayor predisposición en individuos de edad avanzada, así como en aquellos cuyos estilos de vida y hábitos alimenticios contribuyen al desarrollo del cáncer, entre otros factores. ⁽¹³⁾

Las causas que determinan su aparición están principalmente vinculadas a alteraciones a alteraciones genéticas. Esto implica de entre 5 y 10 mutaciones somáticas en genes específicos, lo que da lugar a la formación de células malignas. Es fundamental diferenciar entre mutaciones somáticas y de la línea germinal: las somáticas están presentes únicamente en las células cancerosas, mientras que las de línea germinal son heredadas y se encuentran en todas las células del organismo. Las lesiones genéticas no malignas constituyen el punto de partida de la carcinogénesis y pueden ser inducidas por agentes ambientales, tanto exógenos como endógenos relacionados con el metabolismo celular. No obstante, también existen mutaciones espontáneas y estocásticas que ocurren de manera aleatoria, sin intervención de agentes ambientales. ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las alteraciones genéticas resultan de la interacción entre los factores genéticos individuales y tres tipos de agentes carcinógenos externos. Estos incluyen agentes físicos, como la radiación ultravioleta e ionizante; agentes químicos como el humo del tabaco, aflatoxinas, tartrazina y arsénico presente en alimentos procesados y el agua; y agentes biológicos como cierto tipo de virus y bacterias. Dado que identificar la causa específica que desencadena un proceso canceroso puede ser complejo, la OMS a través del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) mantiene una clasificación de los agentes cancerígenos más relevantes en la población general. ⁽¹²⁾

En la región de las Américas, el cáncer se posiciona como la segunda causa de mortalidad. En el año 2020, se estimó que aproximadamente 4 millones de personas fueron diagnosticadas y 1.4 millones fallecieron a causa de esta enfermedad. De estos casos, el 57% de los nuevos diagnósticos y el 47% de las muertes ocurrieron en personas de 69 años e incluso en jóvenes, un grupo etario que generalmente se encuentra en la mejor etapa de su vida. ⁽⁵⁾

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tendencia en América Latina y el Caribe reflejan un patrón similar: el cáncer de mamá representa el 29% de todos los casos del cáncer y es la segunda causa de mortalidad por tumores malignos, siendo superado únicamente por el cáncer de pulmón. Sin embargo, para el año 2030, la OPS proyecta un aumento alarmante a más de 596.000 casos nuevos y más de 142,100 muertes. Dentro de América Latina, Cuba y Uruguay destacan por registrar algunas de las tasas de incidencia más altas. ⁽¹²⁾

El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más prevalente entre los hombres a nivel mundial. Este tumor tiene su origen en las células epiteliales de las glándulas prostáticas y presenta

una considerable variabilidad en términos de diferenciación glandular, anaplasia y comportamiento. Su capacidad para invadir otros órganos lo convierte en una seria amenaza para la salud masculina. Es el cáncer más común en Estados Unidos y la segunda causa de muerte en hombres. En México, a diferencia de otros países, la mortalidad por esta enfermedad ha aumentado de manera alarmante en las últimas dos décadas, posicionándose como la principal causa de muerte por cáncer en hombres adultos. ⁽¹³⁾

La incidencia del cáncer de próstata aumenta notablemente con la edad, con evidencias histológicas presentes en el 34% de los hombres en la quinta década de vida y en el 70% a los 80 años. Dado el cambio demográfico previsto, se espera que la incidencia siga en aumento. Aproximadamente el 90% de los casos de cáncer de próstata se diagnostican en hombres mayores de 65 años. Aunque la causa exacta de la enfermedad aún no se comprende completamente, se sabe que está vinculada a factores ambientales, estilos de vida, antecedentes familiares y predisposición genética. ⁽¹³⁾

Por otro lado, en las mujeres, el cáncer de mama la neoplasia más común y la principal causa de muerte por cáncer en el mundo, se observa mayor incidencia en mujeres de entre 40 y 49 años, mientras que, en los países desarrollados, la mayoría de los casos se presenta en mujeres postmenopáusicas. Es importante señalar que la incidencia de cáncer de mama en hombres es considerablemente menor, con una proporción de un caso por cada 100 diagnósticos en mujeres. ⁽¹³⁾

En Ecuador, el cáncer de mamas representa un desafío significativo para la salud pública, con una tasa de incidencia de 31.8 casos por cada 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad de 9.1 por cada 100.000 habitantes. En 2018, se registraron 2.787 nuevos casos y 631 muertes por esta enfermedad, lo que equivale a tasas de 33 y 7.7 por cada 100000 habitantes, respectivamente. Aunque la incidencia ha aumentado en la última década, las tasas de mortalidad anuales han disminuido, en gran parte gracias a los programas de detección temprana y los avances en tratamientos. El cribado tiene el potencial de prevenir el cáncer avanzado y reducir la mortalidad asociada. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el cáncer de mamá ocupa el 11° lugar entre las principales causas de mortalidad en mujeres en Ecuador. En 2017, se registraron 670 defunciones por cáncer de mamá en mujeres y 3 en hombres, lo que indica una tasa de mortalidad de 3.99 defunciones por cada 100.000 habitantes. ⁽¹⁴⁾

Según la sociedad española de Oncología Médica, los signos y síntomas del cáncer varían ampliamente y dependen de factores como la localización, la evolución de la enfermedad y su capacidad de diseminarse a otras partes del cuerpo. Los tumores pueden manifestarse

localmente, causando edema o masas palpables en la piel o las mamas, y comprimiendo estructuras vitales como nervios o vasos sanguíneos. Además, los tumores pueden desencadenar efectos sistémicos, debilitando al cuerpo humano a través de mecanismos como la caquexia, que consume los nutrientes del cuerpo o la producción de sustancias que inducen fatiga y fiebre. Estos efectos son especialmente comunes en etapas avanzadas de la enfermedad. ⁽¹⁵⁾

A nivel mundial se observa una significativa limitación en la disponibilidad y accesibilidad a recursos de los cuidados paliativos. De los 40 millones de personas que requieren cuidados paliativos cada año, el 34% son pacientes de oncológicos y el 66% restante corresponde a pacientes con enfermedades crónicas progresivas de pronóstico limitado, pero solo el 14% recibe atención paliativa. ⁽¹⁰⁾

La mayoría de los adultos que necesitan asistencia paliativa fallecen a causa de enfermedades cardiovasculares (38.5%) o cáncer (34%), seguidas por enfermedades pulmonares crónicas (10.3%), VIH/SIDA (5.7%) y diabetes (4.6%). Entre las personas que necesitan este tipo de atención, aquellas que fallecen por condiciones como VIH/SIDA, tuberculosis o hepatitis B o C suelen tener entre 15 y 59 años. En contraste, quienes mueren debido a enfermedades como Alzheimer, Parkinson, enfermedades pulmonares crónicas, dolencias cardiovasculares, diabetes, artritis reumatoide o cáncer, generalmente superan los 60 años. ⁽¹⁰⁾

En 2015, aproximadamente 25.5 Millones de personas de los 56.2 millones fallecidas experimentaron un sufrimiento significativo relacionado con condiciones de salud que amenazan y limitan la vida. Más del 80% de los 61 millones de personas que residen en países de ingresos medianos y bajos enfrentan un acceso limitado o nulo a los cuidados paliativos y a la morfina oral para el alivio del dolor. Este panorama pone de manifiesto que la opiofobia, junto con la ausencia de políticas claras para el manejo de opioides constituye un obstáculo importante para garantizar el alivio del dolor. Por ello, resulta fundamental incorporar este tema en la agenda para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos para 2030. ⁽¹⁰⁾

En Ecuador, la necesidad de cuidados paliativos se ha estimado tomando como referencia los datos de mortalidad asociados a las patologías identificadas por Beverly McNamara: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer y VIH/SIDA. En el año 2020, se registraron 32.064 pacientes adultos (a partir de los 20 años) lo que representa el 28% del

total de fallecimientos en ese período. Para calcular el número de pacientes pediátricos que requiere cuidados paliativos, se utilizaron las clasificaciones CIE-10 específicas para esta población, según el Sistema Nacional de Salud. ⁽¹⁰⁾

El INEC, en su informe estadístico de defunciones en el año 2019, reporta que el 45.5% de personas fallecieron en su domicilio. Es importante señalar que estos datos corresponden a defunciones generales, sin que se detalle el tipo de atención sanitaria recibida. Esta información resulta relevante para promover el fortalecimiento de la atención domiciliaria, así como para garantizar una adecuada capacitación y seguimiento en los servicios ofrecidos en este contexto. ⁽¹⁰⁾

En Ecuador, según datos de GLOBOCAN para el año 2020 se registraron 29.273 casos nuevos de cáncer, distribuidos entre 16.083 mujeres y 13.190 hombres. El número total de muertes atribuidas a esta enfermedad ascendió a 15.123. Los cinco tipos de cáncer más prevalentes fueron el de mama, próstata, colon, estómago y tiroides. A nivel mundial, la incidencia de cáncer estandarizada por edad es de 78.1 años, con una probabilidad de 7.3% de desarrollar cáncer antes de los 75 años. En Ecuador, esta tasa es notablemente mayor, alcanzando el 15.2%. Se estima que, para ese mismo año, aproximadamente 29.950 personas fueron diagnosticadas con cáncer y 15.610 fallecieron por esta causa, aunque el INEC reportó 11.900 fallecimientos relacionados con enfermedades oncológicas en el país. ⁽⁴⁾

Desde una perspectiva ética y legal en el ámbito de los cuidados paliativos, se destaca que el acceso a la verdad constituye un derecho fundamental de los pacientes. Cada individuo tiene la facultad de tomar decisiones informadas sobre su vida, incluidas aquellas relacionadas con el proceso salud-enfermedad o aspectos de vida y muerte. En este sentido, la comunicación se rige como un pilar ético del ejercicio profesional en salud, sustentada en el respeto hacia los valores y deseos del paciente, alineándose con el principio de autonomía. Por tanto, la organización y provisión de cuidados deben orientarse por las prioridades y preferencias de los pacientes, promoviendo un modelo de toma de decisiones compartidas. ⁽¹⁶⁾

El Estado ecuatoriano, a través de su legislación en la salud, ampara los derechos y deberes de los ciudadanos. Es así como la Ley Orgánica de Salud del Ecuador menciona en el capítulo III “Artículo 7, e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de

los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.”. ⁽¹⁶⁾

La comunicación de malas noticias representa uno de los desafíos más complejos en el contexto de los cuidados paliativos, constituyendo una de las principales fuentes de conflicto en la interacción con el paciente y su familia. No obstante, con frecuencia se descuida la consideración de los factores psicológicos del paciente, los cuales están intrínsecamente vinculados con el proceso de la enfermedad y su calidad de vida. En consecuencia, resulta imprescindible que el profesional encargado de transmitir estas noticias cuente con competencias psicológicas que complementen sus conocimientos médicos. ^(16,17)

En su artículo, Campagne subraya la importancia de distinguir entre informar el diagnóstico de cáncer y comunicarlo. Informar se limita a la transmisión de la información clínica, mientras que comunicar implica proporcionar al paciente una comprensión integral y accesible de la situación. Este enfoque busca fomentar la colaboración orientada hacia la consecución de resultados, acompañada de apoyo y empatía hacia el paciente. ⁽¹⁷⁾

Así bien, algunos médicos o personal de salud que está encargado de informar sobre un pronóstico desfavorable, sin considerar los deseos del paciente y sin dar el apoyo necesario, inflige un sufrimiento adicional. Es por esto que, al dar estos diagnósticos o tipo de noticias se debe fomentar una comunicación apropiada, en donde sea creado un espacio de escucha activa para solventar dudas y eliminar preocupaciones y miedos innecesarios. ⁽¹⁶⁾ Por otra parte, hay médicos que deciden callar, lo que según la Guía Práctica Clínica de Cuidados Paliativos se conoce como conspiración del silencio, que consiste en un acuerdo tácito o explícito entre familiares, amigos o profesionales para ocultar al paciente información sobre su diagnóstico, pronóstico y la gravedad de su enfermedad, provocando que el paciente no se adapte a su enfermedad imposibilitándole que pueda tomar una decisión. ⁽¹⁶⁾

En el año 1980, la OMS define a los cuidados paliativos como: El cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad o condición no responde adecuadamente a tratamientos curativos. Lo primordial es que a estos pacientes se le otorgue el alivio del dolor y síntomas asociados, considerando los problemas psicológicos, sociales y espirituales producidos por su enfermedad. Siendo así el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto para el paciente como para las personas que componen su círculo familiar. ⁽⁷⁾

Según la Política Nacional de Cuidados Paliativos, estos cuidados son cuidados holísticos dirigidos a pacientes sin importar su edad, que padecen de un sufrimiento grave o crónico relacionado con una enfermedad terminal o grave y de forma específica a aquellas personas

que se encuentran cerca del final de la vida. Teniendo como objetivo el mejorar la calidad de vida de los pacientes, familia y cuidadores, basado en la atención personalizada, atendiendo a las necesidades de cada persona, más que en un plazo de supervivencia estimado médicamente. ⁽¹⁰⁾

En sí que, según la Organización Mundial de la Salud, la atención paliativa atiende a los siguientes conceptos:

- Proporcionan alivio a cualquier tipo de dolor y a otros síntomas asociados.
- Consideran la vida junto a la muerte como un proceso totalmente natural.
- Estos cuidados no aceleran, ni ayudan a retrasar la muerte.
- Incluyen tanto los aspectos espirituales como los psicológicos de cada paciente.
- Proporcionan un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta el final de sus vidas.
- Ofrecen un apoyo integral a las familias durante todo el proceso, desde la enfermedad hasta el duelo.
- Emplean un enfoque de equipo para atender las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo apoyo emocional durante el duelo cuando sea necesario.
- Aumentan el bienestar y pueden modificar favorablemente el curso de la enfermedad.
- Se pueden aplicar desde el inicio de la enfermedad, junto con otros tratamientos como la quimioterapia o radioterapia, y pueden incluir estudios de investigación para mejorar la comprensión y el manejo de casos difíciles. ⁽¹⁰⁾

Al hablar del tratamiento, los pacientes con cáncer necesitan de medidas que ayudan a controlar el dolor en cada una de las etapas de su enfermedad. Este síntoma es el que aqueja alrededor de la tercera parte de pacientes que están recibiendo terapia oncológica. Para estos pacientes, es fundamental que las medidas farmacológicas vayan de la mano de las del tratamiento indicado. En la mayoría de los casos el dolor es tan fuerte que es quien más aqueja a los casos avanzados, siendo el alivio y su control, el objetivo del tratamiento. ⁽¹⁰⁾

Cabe mencionar que algunos pacientes viven en agonía, debido a que experimentan un dolor severo y no reciben tratamiento o el que se les proporcionó no es el adecuado. Según un estudio realizado por la OMS, se evidenció que los pacientes quienes presentaron un dolor crónico tienen cuatro veces más posibilidades de sufrir depresión o ansiedad, así que, describen al dolor como aquel que les ocasiona la muerte. ⁽¹⁰⁾

Es por esto que, en Ecuador se crean campañas enfocadas a crear en la población una cultura de prevención, dicha actividad es llevada por SOLCA, como organismo de atención oncológica y que, además, es parte de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). En estos eventos, se habla sobre la importancia de chequeos médicos oportunos, que junto con la inclusión de hábitos saludables ayudarían a disminuir en al menos un 30% la probabilidad de llegar a padecer algún tipo de cáncer. Sin dejar de lado actividades en las que se proporciona hábitos modificables como evitar el tabaco, realizar actividades físicas, alimentación saludable, evitar bebidas azucaradas y alimentos procesados, y consumo de alcohol; Protección de la radiación solar, así como la vacunación preventiva que oferta el Ministerio de Salud Pública ayudando a disminuir la predisposición a padecer cáncer. ⁽⁴⁾

En Ecuador, la atención de cuidados paliativos es brindada por instituciones públicas y privadas, cuyo objetivo es brindar la atención a la mayor parte de la población con los recursos disponibles. Aunque son entidades reconocidas, lamentablemente, contienen un carácter local, el cual aún no está articulado dentro del Sistema Nacional de salud.

En el Ecuador, SOLCA es una institución ecuatoriana sin fines de lucro, que fue fundada en 1951. Esta se dedica a combatir todos los tipos de cáncer, ofreciendo varios servicios integrales, que van desde la prevención y diagnóstico, hasta tratamientos especializados como cirugía y quimioterapia. Además de brindar atención médica de calidad, su personal realiza investigaciones que ayuda a encontrar nuevas terapias y lleva a cabo campañas educativas para concientizar a la población sobre la importancia de la detección temprana y la prevención del cáncer. ⁽⁴⁾

Cabe mencionar que, la atención de enfermería hacia pacientes oncológicos se debe iniciar con una valoración integral, debido a que cada paciente tiene necesidades diferentes y no se encuentran en las mismas condiciones que los demás, por lo cual el aspecto psicológico, social, ambiental, económico y demográfico influyen en su percepción de atención. ⁽¹⁸⁾

A pesar de los grandes beneficios que ofrecen, los cuidados paliativos son a menudo mal interpretados. Muchos pacientes creen, erróneamente, que estos cuidados implican a renunciar a todo tipo de esperanza y que solo se inician cuando ya no hay la posibilidad de recuperación. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que incorporar estos cuidados de forma temprana puede mejorar significativamente el bienestar de los pacientes y facilitar las transiciones a lo largo de una enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Es por esto que, se tomó entre tantos autores, la teoría propuesta por Cornelia Ruland y Shirley Moore conocida como Final tranquilo de la vida, debido a que propone una serie de principios básicos que deben cumplirse para proporcionar al paciente alivio y apoyo en los

momentos finales de su vida. Además, esta teoría define tener una buena vida como alcanzar lo que se desea, un enfoque que resulta especialmente adecuado para el cuidado que los profesionales de enfermería brindan a pacientes con enfermedades terminales. ⁽²⁰⁾ Para Gómez, su artículo garantiza que, en un final tranquilo para los pacientes, características como autonomía, cuidado paliativo, ética y justicia son esenciales. A su vez, la teoría se fundamenta en la idea de ofrecer la mejor atención posible, utilizando tecnología y medidas de bienestar para mejorar la calidad de vida y proporcionar una muerte pacífica, enfatizando la ausencia de dolor, experiencias positivas, dignidad, respeto, tranquilidad y cercanía con sus seres queridos. ⁽²¹⁾

Algunos aspectos como: **Ausencia de dolor:** define al dolor como una experiencia emocional o sensorial desagradable relacionada con una lesión real o potencial. En cambio, para el paciente con cáncer es estar libre de síntomas de sufrimiento. **Experiencia de bienestar:** se presenta como el alivio del sufrimiento o molestias en que hay una tranquilidad que hace que se sienta cómodo consigo mismo y los demás. **Experiencia de dignidad y respeto:** hace referencia al respeto y aprecio al paciente como a cualquier ser humano, todos recientes terminales, debiéndose tratar de forma autónoma y con respeto.

Estado de tranquilidad: Menciona la inclusión de la parte física, espiritual y psicológica para una mayor armonía. **Proximidad de los allegados:** Relacionado con la conexión física o emocional con las personas que influyen en el paciente oncológico y viceversa. ⁽²⁰⁾

Al ser una teoría de rango medio y específica, no contempla todos los metaparadigmas, sino, se centra únicamente y en la persona y enfermería. Roland y Moore las conceptualizan así:

Persona: Los sucesos y el sentir de la vivencia al final de la vida son individuales.
Enfermería: El cuidado es necesario para lograr un final tranquilo de la vida y se la realiza a través de la evaluación, interpretación y la intervención de manifestaciones verbales y no verbales del individuo. A su vez, exponen dos premisas tácitas: La familia: Que está constituida por todas las personas allegadas del paciente; y el cuidado: Comprendido como el mejor cuidado posible, brindado, con apoyo de tecnología e intervenciones de alivio para alcanzar la máxima calidad de vida junto con una muerte tranquila. ⁽²¹⁾

Los cuidados paliativos de enfermería incluyen: Controlar y administrar medicamentos que ayuden a calmar el dolor, junto con otras técnicas, buscando que el paciente no sufra. Aliviar y prevenir molestias físicas a través del descanso y la satisfacción de sus necesidades, así como evitar complicaciones, todo lo cual contribuye a su bienestar. Involucrar al paciente y su familia en las decisiones sobre su cuidado, promoviendo la

dignidad, empatía y el respeto. ⁽²²⁾

Otros aspectos relevantes son: Proporcionar apoyo emocional y práctico a los pacientes y sus familias, abordando las necesidades de calma y tranquilidad. Orientar y acompañar en el proceso, facilitando la cercanía y el cuidado. Asegurar una muerte tranquila y pacífica, libre de dolor, con bienestar, dignidad y respeto, y en compañía de sus seres queridos. ⁽²²⁾

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

Se desarrolló una investigación mediante una revisión estricta de tipo documental en la cual se estudió el abordaje enfermero en pacientes oncológicos, desde la perspectiva de la teoría del final tranquilo de la vida planteada por Cornelia Ruland y Shirley Moore. Revisión bibliográfica de documentos publicados en bases de datos electrónicos y en sitios web vinculados con temas de salud, tales como: Scielo, Elsevier, Revistas Unemi, Dialnet, Dspace; además de abordar textos de organismos nacionales e internacionales y se consultaron las siguientes páginas web: Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Para la búsqueda de información se utilizaron los siguientes boléanos: Pacientes AND oncología, Final de la vida AND oncológico, Pacientes oncológicos AND muerte.

Como criterio de inclusión, se consideró una población de estudio inicial constituida por textos científicos, abordando temas de enfermería sobre el final tranquilo de la vida en pacientes oncológicos, en revistas de bases regionales y de impacto mundial publicados en el periodo 2018-2024, documentos en idioma español y artículos en textos completos.

Se tomó en cuenta los siguientes criterios de exclusión: anteriores al año 2019, documentos en otros idiomas y artículos o textos incompletos.

Tras la estrategia de búsqueda, se seleccionaron 60 documentos como: casos clínicos, tesis, guías de prácticas clínicas, protocolos, revistas indexadas y libros en español e inglés. Se escogieron 31 publicaciones: 9 de ellas encontradas en Scielo, 3 en Redalyc, 2 Dialnet, 1 en Elsevier, 16 en Google Académico y; se incluyeron artículos científicos de diverso abordaje metodológico, disponibles en el formato de textos completos y con acceso libre a los investigadores que dispongan en su contenido: resumen, introducción, datos estadísticos, definiciones, factores de riesgo, tratamiento y cuidados de enfermería. De ellos, 10 fueron utilizados para la introducción, 12 para marco teórico y justificación, mientras que 12 se usaron para la triangulación y discusión. **(Ver Anexo 1. Algoritmo de búsqueda)**

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El profesional de enfermería juega un papel crucial al colaborar estrechamente con el equipo especializado para proporcionar atención integral e individualizada al paciente oncológico, pues recibir atención sanitaria implica encontrar un entorno cercano y familiar que ofrece acompañamiento y comprensión durante un momento difícil. Esto genera en el paciente o un mayor sentido de pertenencia y seguridad, facilitando su adaptación a la nueva realidad. La vivencia del paciente debería ser libre de dolor, caracterizada por el bienestar, la dignidad, el respeto, la paz y la cercanía con sus seres queridos. Estos elementos son fundamentales durante la etapa final de su vida.

En este contexto, los conceptos de la teoría final tranquilo de la vida postulada por las enfermeras teóricas Ruland y Moore, fueron analizados desde el punto de vista de varios autores:

En relación con el concepto: **ausencia de dolor** que considera la existencia de los síntomas físicos y emocionales, Arévalo, et al., Mencionan que el dolor asociado a la enfermedad fue el síntoma más frecuente entre los pacientes, aunque también se reportaron otros como náuseas, vómitos, dificultad para respirar y fatiga. Por su parte, González J., Añade que uno de los cuidados paliativos de enfermería incluye: Regular el dolor a través de fármacos y técnicas no farmacológicas, buscando la comodidad del paciente. Facilitar el descanso y satisfacer sus necesidades físicas para prevenir complicaciones y promover su bienestar. A través de una evaluación continua del dolor y una adaptación flexible del plan de tratamiento, se busca garantizar que el paciente experimenta el menor sufrimiento posible. Además, se implementan medidas para prevenir y tratar los efectos secundarios de los tratamientos, mejorando así la calidad de vida del paciente. ^(25,22)

En este mismo sentido, Ordóñez N., indica que, debido a la complejidad del cáncer y la necesidad de tener múltiples factores, los médicos únicamente se enfocan en aliviar el malestar físico, pudiendo pasar por alto las dimensiones psicológicas de la enfermedad, considerándose menos relevante para el bienestar general del paciente y su entorno familiar. Álvarez V., discrepa en su estudio, menciona que todo modelo de atención en cuidados paliativos debe abarcar cuidado del aspecto físico y emocional, así sea el inicio de la enfermedad como al final, debido a que un mejor enfoque integral del paciente puede verse o mejor resultado en la adherencia de su tratamiento. ^(23,24)

Mientras que la experiencia de bienestar, considerando la calidad de enfermería, al ser

realizada por Ordóñez B., adopta una visión más holística, vinculándola con la preparación de las enfermeras para dar cuidados paliativos integrales que abordan no solo los síntomas físicos, sino también las necesidades emocionales, sociales y espirituales del paciente. En contraste a lo anteriormente planteado, Burgueño F., En su artículo considera la percepción del paciente sobre la calidad de la atención de enfermería, evaluando aspectos como la accesibilidad de recursos y la relación social que tiene el paciente. Si bien ambos enfoques son complementarios, el primero se inclina hacia una evolución más objetiva de las competencias de las enfermeras, mientras que el segundo se centra en la experiencia subjetiva del paciente. En correspondencia a lo determinado por Álvarez V., es quien propone que la relajación y el descanso son fundamentales para aliviar y prevenir molestias físicas contribuyendo así el bienestar general. Si bien estas investigaciones son fanatizan la importancia de la calidad de la atención de enfermería, en los resultados para el paciente, Sus perspectivas presentan matices distintos^(19,18)

Sobre el **estado de tranquilidad** y su relación con la comunicación efectiva. Dos Santos M. et al., analizan su importancia en el contexto de la atención sanitaria; destacando que un ambiente tranquilo puede influir positivamente en la percepción de los pacientes sobre su tratamiento y recuperación. Asimismo, mencionó en estrategias para fomentar esta tranquilidad, como la comunicación efectiva, la empatía del personal y la creación de un entorno físico que reduzca el estrés; Inclusive se señala que la tranquilidad no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también puede tener efectos positivos en la salud física y mental.^(22,26,27)

A lo anteriormente expuesto se suman los criterios de Ortiz G., et al., Quienes consideran que una intervención de arteterapia en aquellos pacientes hospitalizados basada en la escucha activa y observación, ha evidenciado mejoría en la calidad de vida, Particularmente en el bienestar psicológico y existencial, tranquilidad frente a la situación del fin de su vida, enfoque en un punto de atención que sirve de distracción y alivio del dolor. Según González J., Otros aspectos relevantes son: Satisfacer las necesidades emocionales y de cuidado del paciente y sus seres queridos, asegurando un ambiente tranquilo y propicio para el bienestar, tanto físico como psicológico.^(22,26,27)

En cuanto a la **proximidad de los allegados**, Cuesta M. hace referencia a que los cuidados paliativos están constituidos por un binomio paciente familia, en donde la enfermedad terminal pasa a ser una enfermedad familiar que de una u otra manera afecta a cada uno de sus miembros. La participación de la familia es necesaria durante todo el proceso, por lo que también precisan de cuidados y atención, Suponiendo que la enfermedad terminal

implica una crisis que afecta a múltiples niveles como: el físico, emocional y social. Por su parte, Sierra L. et al., difieren en parte, señalando que, si bien es cierto que los familiares pasan a tomar el rol de cuidadores, también se debe tener en cuenta que la administración de medicamentos en casa genera un conflicto donde la polifarmacia a la que está sometido el paciente a causa desconcierto, siendo aquí donde requiere de una guía o apoyo. Pero en ambos artículos, los autores coinciden en que los familiares al proporcionar cuidado del paciente llegan a interrumpir y cambiar drásticamente su forma de vida, además de que no son ajenas al proceso de muerte, por lo que se puede ver en selecciones de la salud física y mental, relaciones sociales y aumento del riesgo de morbilidad secundaria por ansiedad y depresión. ^(28,29)

Así también González J., sostiene que se debe permitir la participación de los cuidadores en el cuidado del paciente, debido a que ellos son quienes están atendiéndoles y tienen preocupaciones y preguntas, esto tiene el fin de mejorar la relación y cercanía de los familiares o cuidadores. ⁽²²⁾

Finalmente, con relación a la **experiencia de dignidad y respeto** Zurriarán G., Añade que la muerte y la enfermedad forman parte del ciclo de la vida y por ello, el morir (de forma natural), hace alusión a evitar la eutanasia. Resalta que para adentrarse en la medicina paliativa hay que entender que en esta contempla que morir con dignidad es vivir dignamente hasta el último momento, por lo que se requiere considerar al enfermo como ser humano hasta su muerte, respetando sus creencias y valores. ^(22,30,31)

Acota, además, que los cuidados paliativos no tienen como objetivo la muerte del paciente, sino más bien acompaña en el proceso de muerte, aliviando el sufrimiento y proporcionando los medios necesarios para una muerte soportable. Rechaza indudablemente la eutanasia, ratificando que éstas se olviden del paciente. lo omite y no lo acompañe en el proceso de morir. Por ello, González J., agrega que hay que incluir tanto el paciente como la familia en la toma de decisiones acerca del cuidado; Con esto se aspira a favorecer en el paciente la dignidad, la empatía y el respeto, evidenciando una atención de las necesidades, los deseos y las preferencias de los pacientes. ^(22,30,31)

Finalmente, la teoría de Ruland y Moore propone un final de vida tranquila priorizando la ausencia del dolor, el bienestar físico y emocional, El respeto a la dignidad y la autonomía del paciente, así como la importancia de la cercanía con sus seres queridos.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Se concluye que el personal de enfermería desempeña un papel importante al abordar no solamente las necesidades físicas sino también las psicológicas, emocionales, sociales y espirituales de cada uno de los pacientes oncológicos. Los principios y enfoques de la enfermería en cuidados paliativos, fundamentados en la teoría de Cornelia Ruland y Shirley Moore, permiten brindar una atención integral y centrada en el ser humano, logrando una mejora significativa en la calidad de vida de quienes se encuentran en esta etapa de incertidumbre vital.

En cuanto a la ausencia del dolor, el enfoque holístico en oncología permite no solo controlar la enfermedad, sino también aliviar el sufrimiento relacionado al dolor. A su vez, la experiencia de bienestar va más allá de la aplicación de protocolos, personalizando el cuidado y considerando las necesidades individuales de cada paciente, al establecer una relación de confianza basada en la empatía que trasciende el tratamiento de los síntomas brindando confort y alivio. Se les debe permitir expresar sus deseos y preocupaciones, a través de una comunicación abierta y empática, sin dejar a un lado la proximidad a sus familiares quienes también son afectados por la enfermedad terminal y llegan a cambiar su forma de vida, presentando necesidades físicas, emocionales y sociales que incluso deben ser atendidas por el personal de enfermería.

El estado de tranquilidad del paciente requiere de un enfoque multidimensional que vaya más allá de la farmacoterapia, incluyendo estrategias como la comunicación empática, el apoyo emocional y el cuidado espiritual que son fundamentales para lograr este objetivo. Por último y no menos importante, al hablar de la experiencia de dignidad y respeto, son pilares fundamentales en la atención al paciente oncológico, ya que empoderan al individuo a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidados; respetando su derecho a decidir y ofrecer un entorno de apoyo, pues no solo se fortalece su valor como persona, sino que también se mejora su calidad de vida y se fomenta su resiliencia frente a la enfermedad oncológica.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

En la actualidad para el manejo de los pacientes oncológicos se ve la necesidad de contar con recursos adecuados y formación continua del personal responsable de su cuidado, incluyendo aquí el acceso a protocolos, normas y guías actualizadas que faciliten el manejo del dolor y otros síntomas, así como el apoyo emocional a cada paciente y su familia o cuidador principal. Pero, si bien es cierto a pesar de los avances en la implementación de un abordaje efectivo en cuidados paliativos, aún siguen persistiendo desafíos que a su vez pueden ser transformados en oportunidades, para mejorar las políticas de salud y fomentar un enfoque más centrado, en el que los pacientes reciban el cuidado que se merecen en el final de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo L, Ortega L, Ardila L, Leal F, Morales O, Calvache J, de Vries E. Percepciones médicas sobre la atención en el final de la vida en pacientes oncológicos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. [Internet]. 2022 [citado 27 Oct 2024]; 21:1–21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/545/54574701007/54574701007.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios [Internet]. *Who.int*. World Health Organization: WHO;2024 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos [Internet]. *Paho.org*. 2023 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos>.
4. Villavicencio D. MÁS DE 431 MIL PACIENTES ATENDIDOS EN SOLCA QUITO [Internet]. *Solca Núcleo de Quito*. 2024 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://solcaquito.org.ec/en-ecuador-la-incidencia-de-cancer-en-los-ultimos-anos-ha-modificado-su-situacion-epidemiologica-presentandose-casos-con-mas-frecuencia-en-hombres-y-mujeres-desde-los-65-anos/>.
5. Bermúdez Garcell Alejandro Jesús, Serrano Gámez Nilvia Bienvenida, Teruel Ginés Rolando, Leyva Montero María de los Ángeles, Naranjo Coronel Anthony Alfonso. *Biología del cáncer*. *ccm* [Internet]. 2019 [citado 27 Oct 2024]; 23(4): 1394-1416. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401394&lng=es
6. Duque P, Tovar S, Luna D, Rodríguez J. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Med. Paliat.* . 2019 [citado 27 Oct 2024]; 26(2): 156-162. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/259/2/10_REV_Duque_MEDPAL26-2_esp.pdf.

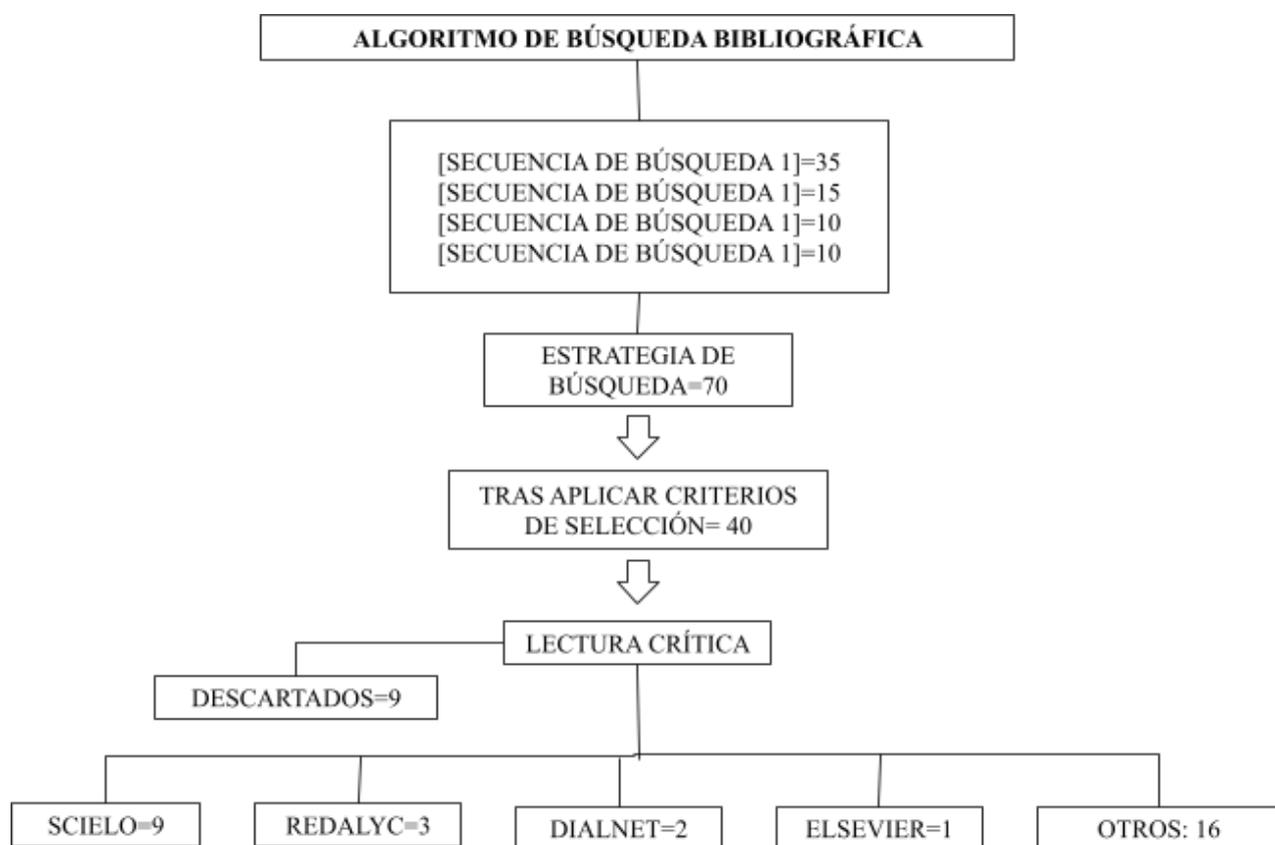
7. Cisternas Reyes MS. Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI. [Internet]. 2021 [citado 27 Oct 2024]; 26(93):225-241. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8065400.pdf>.
8. Rodríguez N, Ruiz Y, Carvajal A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2007 [citado 27 Oct 2024];23(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192007000400006&script=sci_arttext.
9. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2022 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
10. MSP. Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026. Quito:MSP [Internet]. 2022 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://www.edicioneslegales.informacionadicional.com/webmaster/directorio/SIE-SALUDMA-22-32.pdf>.
11. Sánchez Bouza MJ, Sánchez Frenes P, Ayala Reina ZE, Sánchez Sánchez PJ, Santos Solís M. Una mirada al cáncer desde una perspectiva molecular. Rdo. Finlay [Internet]. 2022 [citado 27 Oct 2024]; 12(2): 208-220. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000200208&lng=es.
12. López M, Cardona A. Historia del cáncer y el cáncer en la historia. Rev. Med [Internet]. 2020 [citado 27 Oct 2024]; 42(4): 528-562. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1559/1981>.
13. Islas L, Martínez J, Ruiz A, Ruvalcaba J, Benítez A, Beltran M, et al. Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. J Negat No Posit Results [Internet]. 2020 [citado 27 Oct 2024];5(9):1010–22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020000901010&script=sci_arttext.

14. Vela D, Salazar S, Salazar D. Vista de Frecuencia de subtipos moleculares de cáncer de mama, Hospital Metropolitano, 2016-2019, Quito- Ecuador. Revista Metro Ciencia [Internet]. 2020 [citado 27 Oct 2024];28(3):32-8. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/84/108>
15. Puente J, De Velasco G. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? [Internet]. Seom.org. 2019 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?start=1>
16. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica Cuidados Paliativos. Quito:MSP [Internet]. 2014 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: https://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/gpc_cuidados_paliativos_completa_2014.pdf.
17. Campagne DM. Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. [Internet]. 2019 [citado 27 Oct 2024]; 45(4):273-283. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-cancer-co-municar-el-diagnostico-el-S113835931830437>.
18. Burgueño F, Rodríguez D, Cedillo C, Ordoñez C. Percepción de la calidad de cuidados de enfermería en pacientes oncológicos del austro ecuatoriano. Archivos Venezolanos [Internet]. 2021 [citado 27 Oct 2024]; 40(7): 704-10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55971545008/html/>.
19. Ordoñez B. Cuidados del profesional de enfermería hacia pacientes oncológicos en etapa terminal: Una revisión de la literatura. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2020 [citado 27 Oct 2024]; 15(16): 815. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351847738_Revista_Electronica_de_PortalesMedicoscom.

20. Cervera Inolopu MG. El final tranquilo de la vida: experiencias del enfermero (a) en el cuidado a pacientes con enfermedad terminal en una entidad privada. Chiclayo [Internet]. 2019 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/5005/1/TM_CerveraInolopuMirellaGeraldine.pdf.
21. Gómez Ramírez Olga Janeth, Carrillo González Gloria Mabel, Arias Edier Mauricio. TEORÍAS DE ENFERMERÍA PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA EN CUIDADO PALIATIVO. rev.latinoam.bioet. [Internet]. Enero de 2018 [citado 27 Oct 2024]; 17(1): 60-79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-4702201700010004&lng=en.
22. González J. El final tranquilo de la vida: teoría y narrativa. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia [Internet]. 2023 [citado 27 Oct 2024]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/e9ee664d-32d7-4e17-b9fc-b61413100672/content>.
23. Ordoñez N, Monroy Z. Cuidados paliativos: un estudio sobre la experiencia de familiares de enfermos de cáncer en fase terminal. Apuntes de Bioética [Internet]. 2021 [citado 1 de noviembre de 2024];4(1):66-87. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/609/1172>.
24. Álvarez V. Atención Psicológica en Cuidados Paliativos y Fin de Vida, una aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS. Lancet [Internet]. 2023[citado 27 Oct 2024]; 391(10128): 1391-454. Disponible en: http://www.icpsi.cl/wp-content/uploads/2023/11/acpi_2023.pdf.
25. Arevalo A, Cuavas M, Martínez J, Ochoa L, Bohórquez C. Identificación de necesidades de cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Dialnet [Internet]. 2021 [citado 27 Oct 2024];13(1):15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8066893>.
26. Dos Santos Souza M, García Jaramillo R, Da Silva Borges M. Comodidad del paciente en cuidados paliativos: una revisión integradora. Enfermo. globo. [Internet]. 2021 [citado 27 Oct 2024]; 20(61): 420-465. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100017&lng=es.
27. Ortiz Mendoza G, Huerta Baltazar MI, Montoya Ramírez GE, Cira Huape JL, Correa Vieyra G. Los cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días de vida: revisión sistemática. Sanus [revista en Internet]. 2022 [citado 27 Oct 2024]; 7: e289. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100107&lng=es.

28. Sierra Leguía L, Montoya Juárez R, García Caro MP, López Morales M, Montalvo Prieto A. Experiencia del cuidador familiar con cuidados paliativos y al final de la vida. *Index Enferm* [Internet]. 2019 [citado 27 Oct 2024]; 28(1-2): 51-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011&lng=es.
29. Cuesta Pastor M. Abordaje familiar en los cuidados paliativos. *Rev. digital de medicina psicosomática y psicoterapia*. [Internet]. 2021 [citado 27 Oct 2024]; 11(2):1-19. Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Abordaje_familiar_en_los_Cuidados_Paliativos_M.Cuesta.pdf.
30. Fernández Camejo Y. Enfermería de práctica en oncología. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet]. 2023 [citado 27 Oct 2024]; 39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100035&lng=es&nrm=iso.
31. Germán Zurriarán R. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Pers Bioet*. [Internet]. 2019 [citado 27 Oct 2024]; 23(2): 180-193. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/832/83263857002/html/>

ANEXO 1. ALGORITMO



ANEXO 2. TRIANGULACIÓN

CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA	HALLAZGOS ENCONTRADOS	SIMILITUDES Y DISCREPANCIAS ENTRE AUTORES	CRITERIOS RELACIONADOS A LOS CONCEPTOS
<p>AUSENCIA DE DOLOR: Síntomas físicos y emocionales</p>	<p>Cuidados paliativos: un estudio sobre la experiencia de familiares de enfermos de cáncer en fase terminal. Ordoñez N, Monroy Z. ⁽²³⁾</p> <hr/> <p>Atención Psicológica en Cuidados Paliativos y Fin de Vida, una aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático EIS. Álvarez V. ⁽²⁴⁾</p>	<p>Debido a la complejidad del cáncer y la necesidad de atender múltiples factores, según Ordoñez los médicos se enfocan en aliviar el malestar físico pudiendo pasar por alto las dimensiones psicológicas de la enfermedad, considerándose menos relevantes para el bienestar general del paciente y su entorno familiar. ⁽²³⁾</p> <hr/> <p>Sin embargo Álvarez en su estudio menciona que todo modelo de atención en cuidados paliativos deberá abarcar cuidados al aspecto físico, emocional, así sea al inicio de la enfermedad como al final, debido a que un mejor enfoque integral del paciente puede verse un mejor resultado en la adherencia de su tratamiento. ⁽²⁴⁾</p>	<p>La atención holística en oncología va más allá del tratamiento convencional de la enfermedad, ofreciendo un enfoque integral que considera al paciente en su totalidad. Al abordar no sólo los aspectos físicos, sino también las dimensiones emocionales, psicológicas y sociales, se mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes. En perspectiva nos permite personalizar los cuidados, reducir el estrés y aumentar la adherencia al tratamiento.</p>

	<p>Identificación de necesidades de cuidados paliativos en pacientes oncológicos una revisión sistemática. Arévalo A, et al.⁽²⁵⁾</p>	<p>Por otro lado Arévalo et al mencionan en su artículo que el dolor asociado a la enfermedad fue el síntoma más frecuente entre los pacientes, aunque también se reportaron otros como náuseas, vómitos, dificultad para respirar y fatiga.⁽²⁵⁾</p>	
	<p>El final tranquilo de la vida: teoría y narrativa. González J.⁽²²⁾</p>	<p>Gonzalez añade que uno de los cuidados paliativos de enfermería incluyen: controlar y administrar la analgesia a través de medidas farmacológicas y no farmacológicas, con el fin de contribuir a la experiencia del paciente de no sentir dolor. Además, aliviar, controlar y prevenir las molestias físicas mediante la relajación, el reposo, así como la prevención de complicaciones, contribuye al bienestar del paciente.⁽²²⁾</p>	

<p>EXPERIENCIA DE BIENESTAR: Calidad de atención de enfermería</p>	<p>Cuidados del profesional de enfermería hacia pacientes oncológicos en etapa terminal: Una revisión de la literatura. Ordóñez B. ⁽¹⁹⁾</p>	<p>Si bien ambas investigaciones enfatizan la importancia de la calidad de la atención de enfermería en los resultados para el paciente, sus perspectivas presentan matices distintivos. Ordoñez adopta una visión más holística vinculando la calidad de la atención con la capacidad de las enfermeras para brindar cuidados paliativos integrales que abordan no sólo los síntomas físicos, sino también las necesidades emocionales, sociales y espirituales del paciente.⁽¹⁹⁾</p>	<p>Ambas perspectivas son fundamentales y complementarias, pero debemos considerar que la calidad de la atención de enfermería se construye en la colaboración de ambas. Una enfermera puede poseer las competencias técnicas y el conocimiento para brindar cuidados paliativos integrales (como propone Ordoñez), pero si no logra establecer una conexión empática y una</p>
---	--	---	---

	<p>Percepción de la calidad de cuidados de enfermería en pacientes oncológicos del austro ecuatoriano. Burgueño F, et al ⁽¹⁸⁾</p>	<p>En contraste, Burgueño considera la percepción del paciente sobre la calidad de la atención de enfermería, evaluando aspectos como la accesibilidad a recursos y la relación social que tiene el paciente. Si bien ambos enfoques son complementarios, el primero se inclina hacia una evaluación más objetiva de las competencias de las enfermeras, mientras que el segundo se centra en la experiencia subjetiva del paciente.⁽¹⁸⁾</p>	<p>comunicación efectiva con el paciente (como destaca Burgueño), la experiencia de cuidado puede resultar insatisfactoria.</p>
	<p>El final tranquilo de la vida: teoría y narrativa. González J.⁽²²⁾</p>	<p>Gonzalez añade que uno de los cuidados paliativos de enfermería incluyen: controlar y administrar la analgesia a través de medidas farmacológicas y no farmacológicas, con el fin de contribuir a la experiencia del paciente de no sentir dolor. Además, aliviar, controlar y prevenir las molestias físicas mediante la relajación, el reposo, así como la prevención de complicaciones, contribuye al bienestar del paciente.⁽²²⁾</p>	

<p>ESTADO DE TRANQUILIDAD: Comunicación efectiva</p>	<p>Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Dos Santos Souza MC, et al ⁽²⁶⁾</p>	<p>Dos Santos, et al analizan la importancia de la tranquilidad del paciente en el contexto de la atención sanitaria. En la que destacan que un ambiente tranquilo puede influir positivamente en la percepción de los pacientes sobre su tratamiento y recuperación. Así mismo mencionan estrategias para fomentar esta tranquilidad, como la comunicación efectiva, la empatía del personal de salud y la creación de un entorno físico que reduzca el estrés. ⁽²⁶⁾</p>	<p>La importancia de la tranquilidad del paciente en la atención sanitaria radica en obtener beneficios a nivel del bienestar físico, psicológico, emocional y existencial de los pacientes, aliviando de esta manera el dolor y promoviendo una mejor calidad de vida, en la dura etapa del final de la vida. Para promover esto como se señala</p>
---	--	--	--

		Además, se señala que la tranquilidad no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también puede tener efectos positivos en su salud física y mental. ⁽²⁶⁾	en uno de los artículos se deben implementar estrategias que vayan más allá de lo que es la administración de medicamentos.
	Cuidados paliativos como intervención de enfermería en los últimos días de vida: revisión sistemática. Ortiz G, et al. ⁽²⁷⁾	A lo anteriormente expuesto se suman Ortiz G, et al., que hablan acerca de una intervención de arte terapia en aquellos pacientes hospitalizados basada en la escucha activa y observación, que ha evidenciado mejoría en la calidad de vida, particularmente en el bienestar psicológico y existencial, tranquilidad frente a la situación de fin de vida, enfoque en un punto de atención que sirva de distracción y alivio del dolor. ⁽²⁷⁾	
	El final tranquilo de la vida: teoría y narrativa. González J. ⁽²²⁾	Según Gonzales J. otros aspectos relevantes son: suministrar apoyo emocional, control y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos manifestadas por el paciente y sus allegados, proporcionándoles las orientaciones necesarias y la presencia de un cuidador para lograr la experiencia de estar tranquilo. ⁽²²⁾	

<p>PROXIMIDAD DE LOS ALLEGADOS: Apoyo familiar y cuidados paliativos</p>	<p>Abordaje familiar en los cuidados paliativos. Cuesta Pastor M. ⁽²⁸⁾</p>	<p>Cuesta M. hace referencia que los cuidados paliativos están constituidos por un binomio paciente-familia, en que la enfermedad terminal pasa a ser una enfermedad familiar que de una u otra manera afecta a cada uno de sus miembros. La participación activa de la familia es necesaria durante todo el proceso por lo que también precisan de cuidados y atención, suponiendo que la enfermedad terminal implica una crisis que afecta a múltiples niveles como: el físico, emocional y social.⁽²⁸⁾</p>	<p>Debemos tener en cuenta que la enfermedad terminal no solo afecta al paciente, sino que también a la familia. La participación activa de la familia es fundamental, por lo que es importante ofrecerles el apoyo y los recursos adecuados para afrontar esta crisis. Además, hay que reconocer el impacto significativo que el cuidado de un ser querido enfermo tiene en la salud física y mental de los familiares, siendo aquí necesario el rol de enfermería en la identificación de las necesidades así como</p>
---	---	--	--

<p>Experiencia del cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. Sierra Leguía et al. ⁽²⁹⁾</p>	<p>Por otra parte Sierra L., et al., difieren en parte con lo anterior mencionado señalando que si bien es cierto los familiares pasan a tomar el rol de cuidador, pero también se debe tener en cuenta que la administración de medicamentos en casa genera un conflicto donde la polifarmacia a la que está sometida el paciente causa desconcierto, siendo aquí donde requieren de una guía o apoyo. ⁽²⁹⁾</p> <p>En ambos artículos los autores coinciden que los familiares al proporcionar cuidado al paciente, llegan a interrumpir y cambiar drásticamente su forma de vida, además de que no son ajenos al proceso de muerte por lo que pueden evidenciar alteraciones de la salud física y mental, relaciones sociales y aumento del riesgo de morbilidad secundaria por ansiedad y depresión. ^(28,29)</p>	<p>en la prestación de cuidados.</p>
--	---	--------------------------------------

	<p>El final tranquilo de la vida: teoría y narrativa. González J.⁽²²⁾</p>	<p>Así también González J. sostiene que se debe permitir la participación de los allegados en el cuidado del paciente, entendiendo sus preocupaciones y sus preguntas, con el fin de contribuir a la proximidad de los allegados o cuidadores.⁽²²⁾</p>	
<p>EXPERIENCIA DE DIGNIDAD Y RESPETO: Autonomía y dignidad</p>	<p>Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. Zurriarán G.⁽³¹⁾</p>	<p>Zurriarán G, añade que la muerte y la enfermedad forman parte del ciclo de la vida y por ello morir tiene que ser de forma natural, haciendo alusión a evitar lo que se conoce como eutanasia.</p> <p>Resalta que para adentrarse en la medicina paliativa hay que entender que esta contempla que morir con dignidad es vivir dignamente hasta el último momento, por lo que se requiere considerar al enfermo como ser humano hasta su muerte y respetando sus creencias y valores.⁽³¹⁾</p> <p>Para Zurriarán G. los cuidados paliativos no tiene como objeto la muerte del paciente sino más bien acompañan en el proceso de muerte, aliviando el sufrimiento y proporcionando los medios necesarios para una muerte soportable. Rechaza indudablemente la eutanasia ratificando que esta se olvida del paciente, lo omite y no lo acompaña en el proceso de morir.⁽³¹⁾</p>	<p>La autonomía y la dignidad se presentan como principios fundamentales en la atención de pacientes oncológicos, ya que permite que los enfermeros respeten el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidados. Al educar y proporcionar un entorno de apoyo, fomentamos la autonomía, lo que a su vez refuerza la dignidad del paciente, al reconocer su valor intrínseco y su individualidad.</p>

	El final tranquilo de la vida: teoría y narrativa. González J. ⁽²²⁾	Así mismo González J., agrega que hay que incluir tanto al paciente como a la familia en la toma de decisiones acerca del cuidado; con esto se aspira favorecer en el paciente la dignidad, la empatía y el respeto, evidenciado en la atención de las necesidades, los deseos y las preferencias del paciente. ⁽²²⁾	
--	--	---	--