

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad de Enfermería "Lidia Doce"

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES
MASTECTOMIZADAS. VILLA CLARA. 2017-2020**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

MAGNY MARTÍN HERNÁNDEZ

La Habana, 2020

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Facultad de Enfermería “Lidia Doce”

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES
MASTECTOMIZADAS. VILLA CLARA. 2017-2020**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: MsC. Magny Martín Hernández

Tutora: Dra. C. Julia Maricela Torres Esperón

Cotutora: Dra. C Ivone Evangelista Cabral

La Habana, 2020

AGRADECIMIENTOS:

- ❖ A mi tutora Maricela por brindarme sus conocimientos, por su paciencia, dedicación y ejemplo para todos y para mí en lo especial, por empujarme siempre y por permitirme caminar sobre sus pasos fuertes, por su ayuda incondicional, gracias mi profe eterna.
- ❖ Al claustro de profesores y al comité doctoral por ayudar en mi formación profesional y científica.
- ❖ A mi hijo, mis padres y mi esposo por su sacrificio para poder alcanzar esta meta, por dejar de atenderlos dedicada a mis estudios.
- ❖ A las pacientes y profesionales con los que trabajé. Por su cooperación y aceptación como muestra de esta investigación, gracias.
- ❖ A todos mis compañeros, todos, que hicieron posible la realización de esta investigación, a Yuliett mi amiga y asesora permanente, por su ayuda incondicional desde el comienzo del doctorado, a Maricela mi vecina y amiga por su apoyo de siempre, a Laura mi diseñadora, a Yamirka por su ayuda en el trabajo, a Carilaudy, Yanelis y Nayibis, a la dirección del Hospital por su apoyo durante toda mi formación, a Fidel mi teacher y los informáticos, al equipo multidisciplinario de mama por sus enseñanzas, a mis compañeros del doctorado, mis amistades y familia. A los que no menciono pero no olvido y tienen mis más sinceros agradecimientos por su apoyo constante.

DEDICATORIA:

- ❖ A todas las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas.
- ❖ A mi hijo: por ser la razón de mi vida. Mi fuerza, mi inspiración, mi todo.
- ❖ A mis padres y mi esposo por compartir mis sueños, por confiar en mí, por atender a mi hijo para que yo estudiara y lograra esta, mi meta final.
- ❖ A todos los que me apoyaron, mencionarlos es extenso y dejar de hacerlo es una falta enorme a todos, gracias, MUCHAS GRACIAS.

"Ayudar a las personas es bueno, pero enseñarles a ayudarse a sí mismos es mejor".

George Orwell

SÍNTESIS

Se realizó una investigación de desarrollo I+D+i, mediante un estudio cualitativo de investigación acción participativa. En el Hospital Universitario Oncológico “Dr. Celestino Hernández Robau”, de septiembre 2017 a febrero 2020, con el objetivo de diseñar una intervención de Enfermería dirigida a mejorar el autocuidado de pacientes mastectomizadas. El estudio tuvo como referente teórico la teoría de autocuidado de Dorothea Orem integrada al Modelo de Traducción de Conocimiento de Straus, Tetroe y Graham, éste último también fue referente metodológico. La investigación comprendió cuatro etapas que responden a los objetivos específicos, en la primera, se realizó entrevista grupal focalizada a pacientes y personal de enfermería, en la segunda, una revisión integradora y en la tercera se empleó la triangulación metodológica para integrar los resultados de las dos primeras, con ello se concluyó el ciclo interno del modelo. A continuación, se aplicó un taller con el personal de enfermería y una consulta a expertos. La cuarta se cumplió mediante dos grupos de discusión, uno con pacientes y otro con el personal de enfermería. La intervención de enfermería diseñada constituye una propuesta favorable al cambio para perfeccionar el servicio, en tanto aporta una guía de autocuidado y la creación de la consulta de consejería de enfermería, como la forma de organización del servicio para su aplicación.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS	11
1.1. Teoría Enfermera de Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem.....	11
1.2. Modelo de Traducción del Conocimiento (knowledge translación) de Straus, Tetroe y Graham.....	21
1.2.1. Fundamentos teóricos del modelo traducción de conocimiento.....	24
1.2.2. Análisis de los ciclos del modelo traducción de conocimiento.....	26
1.3. Integración de la Teoría de Orem al Modelo de traducción del conocimiento.....	33
CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS	37
2.1. Tipo y escenario de estudio.....	37
2.2. Algoritmo de la investigación para el diseño de la intervención de enfermería para mejorar el autocuidado en pacientes mastectomizadas.	38
2.2.1. Etapa. 1. Percepción de pacientes y personal de enfermería (investigación del conocimiento).....	40
2.2.2. Etapa 2. Revisión Integradora (síntesis del conocimiento).....	42
2.2.3. Etapa 3. Diseño de la intervención de enfermería para paciente mastectomizadas.....	44
2.2.4. Etapa 4. Barreras y facilitadores para el uso del conocimiento.....	47
2.3. Procesamiento de los datos.....	49
2.4. Aspectos éticos.....	50
CAPÍTULO III. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS	52
3.1. Resultados etapa 1. Percepción de pacientes y personal de enfermería (investigación del conocimiento).....	52
3.2. Resultados etapa 2. Revisión integradora (síntesis del conocimiento).....	55
3.3. Resultados etapa 3. Diseño de la intervención de enfermería para paciente mastectomizadas.....	58
3.4. Resultados etapa 4. Barreras y facilitadores para el uso del conocimiento.....	68
3.5. Intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de pacientes mastectomizadas.....	74
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS	99
ANEXOS	103

INTRODUCCIÓN

Cuando se investiga en la literatura científica sobre intervención de enfermería, una de las definiciones más utilizadas es la que se refiere en la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).¹ En ella se define como *“todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”*.

La idea de que cada disciplina es la responsable de generar una base de investigación científica que genere sus conceptos clave es fundamental para su desarrollo como ciencia. En tal sentido, entre los conceptos clave para la Enfermería se encuentra “intervención de enfermería”. Dada su relación con el tratamiento clínico de pacientes, la prevención de complicaciones o la promoción de salud. En cualquiera de los casos el componente educativo debe estar presente.

La educación es una de las fuentes más importantes de desarrollo humano. La construcción del conocimiento no es una empresa estrictamente individual, sino un producto social, enmarcado en una serie de relaciones interpersonales. Es el fruto de las interacciones entre el sujeto que aprende y los agentes mediadores de la cultura.²

Para abordar el componente educativo de una intervención de enfermería, la autora asume la definición de educación para la salud con enfoque integral, la que se describe *“como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo”*.³

Ocampo-Rivera y Arango-Rojas consideran que la educación para la salud es una práctica donde se da una construcción social, inseparable del contexto en el que se produce; es decir, se concibe como una experiencia que implica muchos tipos de acciones e interacciones culturales que participan en su configuración, a partir de las cuales las personas le dan sentido a lo que hacen. ⁴ Por su parte Fernández Molero y colaboradores apuntan que *“la gestión enfermera proporciona riqueza en consejos y educación de la salud”*. ⁵

Según los autores antes mencionados la educación para la salud es una de las maneras de abordar la intervención en salud. Estas intervenciones pueden ser de diferentes tipos, como, por ejemplo, consejo/información que se considera como una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios, para ello se aprovecha la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programado. Otro tipo es la educación grupal o colectiva. En estas, con sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, se intercambia para mejorar sus capacidades en el abordaje de un determinado problema o temas de salud. ⁴

También se puede realizar con la educación individual, la que se organiza desde las consultas programadas donde profesional y usuario interactúan con el objetivo de desarrollar las capacidades del propio usuario sobre un tema determinado, de acuerdo a la situación de salud del mismo. ⁴ Este tipo de intervención fue la que se trabajó en el estudio que da salida a esta tesis. Es el caso de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Dicha afección ocasiona disímiles trastornos tanto físico, psicológicos como sociales. Un ejemplo se pudo observar en un estudio sobre el significado de las actividades laborales para mujeres jóvenes con neoplasias de mama, en el que se obtuvieron las siguientes categorías teóricas: *“sentimientos de las mujeres jóvenes acerca de tener que dejar de trabajar debido*

*al cáncer de seno y sus tratamientos; dejar el trabajo significaba molestia y desánimo; el cambio en los ingresos y la recaudación por sí misma generó preocupación con la contribución financiera; los cambios físicos que influyen en las actividades laborales, lo que significa limitación y discapacidad; trabajar como una oportunidad para vivir una vida mejor, como un significado de libertad; falta de colaboración de colegas en el entorno laboral; solidaridad y positividad en el trabajo y apoyo familiar que les dio ánimo para hacer frente a la enfermedad".*⁶

En cuanto a este tipo de cáncer la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve su control en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Reporta que en el mundo el cáncer de mama ocupa el primer lugar de muerte por neoplasia maligna y que el impacto global del cáncer se ha incrementado dos veces más en los últimos 30 años.⁷

En Cuba, se ha desarrollado el Programa Integral para el Control del Cáncer que enfatiza la educación y promoción de acciones de salud para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, así como la detección y prevención de factores de riesgo a nivel poblacional desde la Atención Primaria de Salud.⁸ Al cierre del 2018 se situaba dentro de las 10 primeras causas de muerte, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con una tasa de 228.2 por 100 000 habitantes, seguida de la muerte por tumores malignos, cuya tasa es de 221.3, ambas causas explican el 47.6 % del total de las defunciones del año 2018.⁹

La tasa de mortalidad por tipo de cáncer más elevada en ambos sexos, corresponde a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, seguida de la tasa de mortalidad por tumores malignos del intestino, excepto el recto, y de otros tumores del tejido linfático y de

los órganos hematopoyéticos. En las mujeres, la tasa de mortalidad más elevada, también corresponde al tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, le sigue el de mama, de intestino, excepto el recto, el de otras partes del útero y las no especificadas y el de cuello de útero, todos con tasas superiores a nueve por cada 100 000 habitantes. La mortalidad de tumores malignos según localización de cáncer de mama ocupó el cuarto lugar con 1592 defunciones de estas solo ocho del sexo masculino.⁹

En Villa Clara, se corresponden estas estadísticas y las defunciones por tumor maligno fueron de 1630, de estas mujeres 1525 y hombres 16. Los tumores malignos también constituyen la principal causa de muerte en el grupo de edad de 50 a 64 años.⁹

En el Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau, de Villa Clara, se atiende a mujeres con cáncer de mama de la región central del país por lo que se incluyen las provincias de Cienfuegos y Santi Spíritus también, las que reciben tratamientos para el cáncer como la cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia. En la cirugía de mama unas de las técnicas quirúrgicas más empleada es la mastectomía combinada o no con otros tratamientos.

En este sentido en el servicio de cirugía son atendidas las pacientes que se van a realizar mastectomía y requieren la atención individualizada del personal de enfermería del servicio. Este debe ofrecerles los cuidados necesarios durante su estancia hospitalaria y explicar el autocuidado que deben seguir en su hogar posterior a la mastectomía.

En tal sentido se asume el cuidado en su significado de asistir, guardar, conservar, mirar a uno por su salud, preocuparse de algo o prevenirse contra algo, tiene valor moral y representa el ideal de enfermería por mantener el respeto a la dignidad de la persona solicitante de la

asistencia; enfatizar el sentido axiológico en la toma de decisiones éticas para ejecutar acciones cuidadoras que tienen que ver con la interacción significativa entre la persona cuidada y la persona cuidante, en la que se incorporan los propios saberes, sentimientos, responsabilidades, opiniones, actitudes y acciones.¹⁰⁻¹¹

El cuidado que brinda el personal de enfermería, así como la enseñanza para el autocuidado constituyen aspectos fundamentales en el actuar de estos profesionales, por tal motivo la autora de la tesis centró la atención en este tema. Desde el año 2011 en el hospital hubo que crear una consulta provincial de enfermería para las curas de cirugías oncológicas, por existir dificultades en el primer nivel de atención de salud para realizar estas técnicas. Luego en supervisiones provinciales se señaló lo anterior como una dificultad a solucionar y se encargó la realización de un Diplomado de Oncología Comunitaria para la capacitación de las enfermeras de la provincia, con el objetivo de realizar educación en el trabajo, como prácticas para el aprendizaje de curas oncológicas, donde las de mayor dificultad eran las de mamas y las de traqueostomía.

Como asesora docente de la carrera en la institución, la autora dirigió el diseño del diplomado y se desempeñó como profesora principal. Con la realización de las primeras versiones del Diplomado hasta el año 2014, se logró capacitar al 100% del personal de enfermería de la provincia. El Diplomado se mantiene como superación profesional, y se actualiza cada dos años capacitándose enfermeras de nuevo ingreso, así como de otras instituciones de la provincia.

Dada la reorganización de los servicios del país y el incremento del cáncer como problema de salud, en el año 2014 se propuso la institución como Oncológico del centro del país. Con

el aumento del número de pacientes del territorio central en el año 2017 se acreditó como Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau.

A pesar de las acciones desarrolladas, anteriormente explicadas, este periodo de tránsito de la institución trajo aparejado el incremento de pacientes con diversas complicaciones postquirúrgicas derivadas de dificultades en su autocuidado. En el año 2017 de 50 pacientes operadas de mama en un mes, aproximadamente acudían a consultas un 40% por complicaciones, entre ellas hematomas, seromas, linfedema, alteraciones de la movilidad o sensibilidad de la zona operada.

Dichas complicaciones están relacionadas de manera general con el autocuidado, aspecto que dio origen al siguiente problema científico de la investigación: existe un incremento en los indicadores de morbilidad de mujeres mastectomizadas por cáncer de mamas en la región central del país, que trae como consecuencia que acudan a la consulta pacientes con diversas complicaciones postquirúrgicas, muchas de ellas relacionadas con la falta de autocuidado, lo que las hace tributarias de acciones por parte de los profesionales de Enfermería que laboran en el Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau. Se determina por lo tanto como objeto de investigación: el autocuidado de pacientes mastectomizadas

En consecuencia, se plantean las siguientes interrogantes científicas:

1. ¿Cuál es la percepción de pacientes y el personal de enfermería de cómo mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas?
2. ¿Cómo se aborda desde la literatura científica, el autocuidado por enfermería en las pacientes con cáncer de mamas mastectomizadas?
3. ¿Qué componentes debe incluir una intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas que se atienden en el Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau de Santa Clara?

4. ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la aplicación de la intervención de enfermería en pacientes mastectomizadas?

No se encontraron reportes de investigaciones en el país, que hayan propuesto una intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas.

El estudio que se presenta, se inserta entre las líneas priorizadas del Programa Ramal Cáncer y responde a las necesidades del Programa Integral para el Control del Cáncer, del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y la Dirección Provincial de Salud de Villa Clara, donde se ha desarrollado en los últimos cinco años un proyecto institucional dirigido a proponer una intervención de enfermería para las pacientes mastectomizadas en el contexto donde se ejecuta esta investigación. En esta lógica, para dar respuesta a las interrogantes planteadas se formularon los siguientes objetivos:

1. Explorar desde la percepción de las pacientes y del personal de enfermería como mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas.
2. Identificar como es abordado desde la literatura científica, el autocuidado de las pacientes mastectomizadas.
3. Diseñar una intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas del Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau.
4. Identificar barreras y facilitadores para la aplicación de la intervención de enfermería para pacientes mastectomizadas.

Se realizó una investigación de desarrollo del tipo I+D+i, que se le dio salida mediante un estudio cualitativo del tipo investigación acción participativa. El período de estudio fue de septiembre 2017 a febrero 2020. El escenario lo constituyó el Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau, de Santa Clara.

El estudio tuvo como referente teórico la Teoría de autocuidado de Dorothea Orem la que se integró al Modelo de Traducción de Conocimiento de Straus, Tetroe y Graham, éste último también fue referente metodológico. El mismo posee dos ciclos, uno interno llamado creación del conocimiento y otro externo descrito como acción del conocimiento. Su objetivo fundamental es traducir el conocimiento científico al popular.

En correspondencia la investigación comprendió cuatro etapas que responden a los objetivos y a seis fases del Modelo KT, trabajadas en la investigación, en la primera como salida del primer objetivo y en correspondencia con la primera fase del ciclo interno, se realizó entrevista grupal focalizada a pacientes y personal de enfermería, en la segunda (segundo objetivo) que coincide con la segunda fase del ciclo interno, se efectúa una revisión integradora.

La tercera etapa, que coincide con el tercer objetivo se inicia con la tercera fase del ciclo interno, donde se empleó la triangulación metodológica para integrar los resultados de las dos primeras etapas y con ello se concluyó el ciclo interno. Continúa esta etapa con las dos primeras fases del ciclo externo aplicadas en el estudio, en las que se realiza un taller con el personal de enfermería y con una consulta a expertos, respectivamente.

La cuarta etapa del estudio (cuarto objetivo) se corresponde con la tercera fase del ciclo externo del modelo donde se realizaron dos grupos de discusión, uno con pacientes y otro con el personal de enfermería mediante un muestreo no probabilístico de tipo homogéneo. El procesamiento de las narrativas de las entrevistas, el taller y los grupos de discusión se realizaron mediante análisis de contenido.

Se cumplió con las consideraciones éticas establecidas según Declaración de Helsinki en Fortaleza, Brasil, 2013 para la realización de la investigación, ¹² se obtuvo el consentimiento informado de los profesionales de la salud y pacientes incluidas en el estudio. Así como se devolvieron los resultados a los participantes, mediante la valoración de la tecnología educativa diseñada como parte del estudio.

La novedad científica de la tesis se considera en dos sentidos, en primer lugar, por la innovación que ofrece la investigación, dado que brinda una propuesta para el país y la institución de estudio, su empleo puede ser aplicable en la reorganización de los servicios para ofrecer mejora de la calidad de atención mediante el establecimiento de la consulta de consejería de enfermería.

El segundo elemento que distingue la investigación es la incursión en el paradigma cualitativo para generar la intervención, lo que permitió profundizar en las concepciones de los métodos cualitativos de investigación acción desde una perspectiva participativa, con la posibilidad de que los resultados fueran generados con las personas y para las personas principales usuarias de la intervención.

Aportes teóricos

La integración, por primera vez en la formación del Doctorado de Enfermería del país, de los supuestos teóricos de Dorothea Orem y del Modelo de traducción del conocimiento de Straus, Tetroe y Graham, cuyo análisis conjunto ofreció el sustento teórico y metodológico del diseño de la intervención.

Aportes a la práctica profesional

Se comprende por el diseño de una guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas como tecnología educativa a ser empleada en la consulta de consejería de enfermería y la posibilidad de establecer ésta última en los cambios organizacionales y de gestión de los procesos del hospital. Además, que puede incidir en la elevación del nivel de reconocimiento social hacia la profesión de enfermería.

Ofrecerá al Departamento nacional de enfermería un producto que podrá ser utilizado en otras unidades de atención a pacientes mastectomizadas. Así mismo, los resultados de esta investigación pueden ser empleados en el campo de la formulación de políticas y servicios de salud pública, aplicables a los procesos de la organización.

Aportes sociales

Está determinado por la posibilidad de ofrecer cuidados de mayor calidad, con la participación activa de las pacientes en su autocuidado y su propia recuperación.

Aportes metodológicos

Haber utilizado el Modelo de traducción del conocimiento de Straus, Tetroe y Graham como referente metodológico le ofrece a la investigación una primicia en el país, dado que por primera vez se emplean los dos ciclos del modelo, mediante el cual se elaboró un algoritmo metodológico que puede ser transferido a otros estudios con fines similares.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES
MASTECTOMIZADAS**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS

La enfermería desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, no contemplaba el aporte científico de la profesión. Con el tiempo evolucionó desde un oficio hasta convertirse en una ciencia del cuidado de la salud humana con su correspondiente fundamento teórico, lo que permiten respaldar el cuidado como la esencia de la profesión. En tal sentido las intervenciones de enfermería deben sustentarse tanto en referentes teóricos como en las evidencias científicas para generar culturas de prácticas de cuidados basadas en la evidencia.

El objetivo del capítulo es analizar los sustentos teóricos de la propuesta de un diseño de intervención de enfermería para el autocuidado de pacientes mastectomizadas en el Hospital Dr. Celestino Hernández Robau, el que parte de considerar la Teoría enfermera déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem como principal sustento teórico e integrarlo al modelo de Traducción del Conocimiento (knowledge translación) (KT) de Straus, Tetroe y Graham.

1.1. Teoría Enfermera de Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem.

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007), en lo adelante Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica, inició su carrera profesional en la Escuela de enfermería del Providence Hospital de Washington, DC. Sus primeras experiencias incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), como personal hospitalario en unidades médicas pediátricas

y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado, durante este tiempo, desarrolló su definición de la práctica de enfermería.¹³

De acuerdo a la clasificación de Modelos y Teorías de Enfermería, la teoría de Orem se encuentra dentro de modelos conceptuales de enfermería (grandes teorías), en el que se declara que comprende trabajos desarrollados por enfermeras considerados pioneros de esta disciplina y explica que *“un modelo conceptual proporciona un marco de referencia diferente para sus seguidores... que les indica cómo deben observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina”*¹³

Orem estableció que *“la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria”*. Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es el servicio de ayuda que ofrece.¹³

La Teoría Enfermera de Déficit de Autocuidado de Orem, en lo adelante TEDA, ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería. Orem reconoció que, si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesitaba un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado.¹⁴

La pregunta que guió el pensamiento de Orem fue: “*¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?*”. El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es “*la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal*”. Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica.¹⁴

Otra definición importante de su teoría es autocuidado, que lo define como “*la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.*”¹⁴

En tal sentido Expósito Concepción, investigadora cubana, plantea que “*el concepto de autocuidado refuerza la participación activa del cuidador en la atención a su propia salud, como responsable de decisiones que condicionan su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de salud*”.¹⁵

La teoría general, como se puede observar en la figura 1, está compuesta de forma armónica por otras tres subteorías relacionadas entre sí. Las que son utilizadas conjuntamente para diseñar y orientar la prestación de cuidados: a) Teoría de Autocuidado, en la que define el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia; b) Teoría del Déficit de Autocuidado, en la que se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit; c) Teoría del Sistema de Enfermería, en la que se explican los modos en que

las enfermeras pueden atender a las personas. ¹⁴ A su vez la teoría de autocuidado tiene en cuenta tres requisitos: los universales, los de desarrollo y los de desviación para la salud y en la teoría de los sistemas de enfermeros se identifican tres sistemas: los totalmente compensatorios, los parcialmente compensatorios y los de apoyo educativo.

Teoría de Dorothea E. Orem

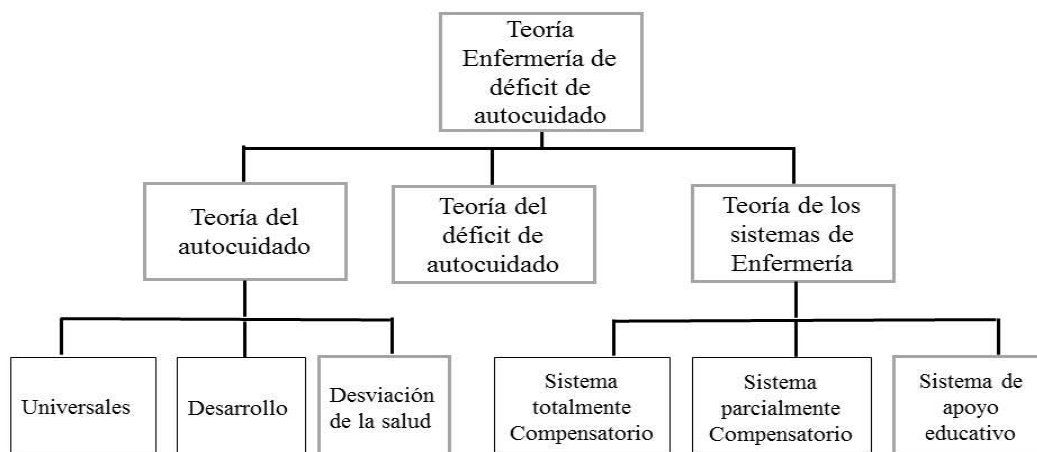


Figura 1. Teoría Enfermera de déficit de Autocuidado

En la investigación que da salida a esta tesis, se utilizó como referente fundamental la TEDA y las tres subteorías: autocuidado, déficit de autocuidado y de sistema de Enfermería. La primera porque es posible identificar el por qué y el cómo las pacientes mastectomizadas cuidan de sí mismas, la segunda describe y explica como la enfermería puede ayudarlas y la tercera, describe y explica las relaciones que se deben mantener para que se produzca el cuidado de enfermería, de ahí la necesidad de una intervención de enfermería, que en este caso incluyó la participación activa de los profesionales en la atención a las pacientes mastectomizadas y de las propias pacientes.

El autocuidado es una función reguladora del ser humano que las personas deben llevar, o haber llevado a cabo deliberadamente por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. También es un sistema de acción, la elaboración de los conceptos de autocuidado, las demandas y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.¹³

En correspondencia el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.¹³

En la Teoría existen tres requisitos de cuidados de enfermería: los requisitos de autocuidados universales que son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Los requisitos de autocuidado de desarrollo que son las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano y finalmente los requisitos de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas enfermas, es decir cuando tiene demandas adicionales de cuidados de salud. Lo principal es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejos y ayuda de otras personas competentes para ofrecerlos, cuando él sea incapaz de satisfacer sus propias necesidades sanitarias.¹⁶

La autora de la tesis considera estos tres requisitos afectados en la atención a pacientes mastectomizadas, ya que, en su relación con los universales, estos son los que se deben tener en cuenta para contribuir a la regulación y desarrollo de la actividad de autocuidado dadas las necesidades que se derivan de las manifestaciones clínicas que pueden estar presentes en pacientes con este problema de salud. Aquí están requisitos de autocuidados generales como la alimentación, vestimenta, aspectos psicológicos, embarazo, imagen corporal, trabajo, deportes, recreación, ejercicios de rehabilitación, tratamientos y complicaciones.

Relacionado con los de desarrollo se encuentra la provisión de condiciones que fomenten desarrollo, el autodesarrollo y prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar negativamente el desarrollo humano, aspectos que en el cáncer de mama son de gran valor para la recuperación de las pacientes mastectomizadas que incluyen los procesos del desarrollo, por ejemplo, embarazo y menopausia, o de estados que afectan el desarrollo humano, como la pérdida de un ser querido, del trabajo o de una parte de su cuerpo como en este caso, la mama.

En el caso de los de desviación de la salud comprende los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida y hábitos, existen para las personas enfermas o que sufren de alguna lesión y para quienes están con diagnóstico y tratamiento médico, como es el caso de pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer de mama, que precisan de diferentes tratamientos médicos como es la cirugía, en este caso mastectomía y mantener luego un adecuado nivel de autocuidado en su vida. En estados anormales de salud como el cáncer de mama, los requisitos de autocuidado surgen de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.

En la Teoría de déficit de autocuidado, el déficit es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.¹³⁻¹⁴ Es este déficit de autocuidado, el punto de partida como problema práctico para el desarrollo de la investigación.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones convierten a las personas completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.¹³

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.¹³

La Teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana y que son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en

el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.¹³

Por su parte los sistemas enfermeros básicos están organizados según la relación entre la acción del paciente y la enfermera. Estos pueden ser elaborados para personas necesitadas de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.¹³

En la Teoría del Sistema de Enfermería como se explicó anteriormente, existen los modos en que las enfermeras pueden atender a las personas y se identifican tres tipos de sistemas: sistemas de enfermería totalmente compensatorio; los parcialmente compensatorios y los de apoyo educativo. En el sistema totalmente compensatorio la enfermera cumple con el autocuidado terapéutico totalmente. En el parcialmente compensatorio la acción de la enfermera es compensar las limitaciones de autocuidado, ayudar al paciente a regular la actividad. Estos dos sistemas anteriores no fueron tratados en la investigación de esta tesis, dado que en la misma no se abordan acciones del proceso de atención asistencial sino más bien se enfoca en el proceso educativo de las pacientes, en su preparación para el autocuidado.

De ahí que el sistema de apoyo educativo constituyó el referente utilizado de la teoría de sistema de enfermería. Se debe ayudar a las pacientes y educarlas para la realización de su autocuidado de diferentes maneras, una de ellas puede ser mediante tecnologías educativas.

Se asume para este estudio como tecnología educativa a *“la construcción y aplicación de un conjunto de conocimientos y presupuestos que proporcionan a las personas pensar, reflexionar y actuar tornándose sujetos de su propio proceso de existencia. Para ello la tecnología debe estar basada en una realidad práctica específica o sea estar concebida a partir de las demandas en la práctica cotidiana de las personas y es concebida como dispositivos para la mediación de los procesos del cuidar, aplicadas por profesionales con los clientes- usuarios de los sistemas de salud- atención primaria, secundaria y terciaria”*.¹⁷

Para Orem, en el sistema de enfermería de apoyo educativo (figura 2) la enfermera regula el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado, en tanto el paciente realiza el autocuidado y participa en la regulación del ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado.¹⁴

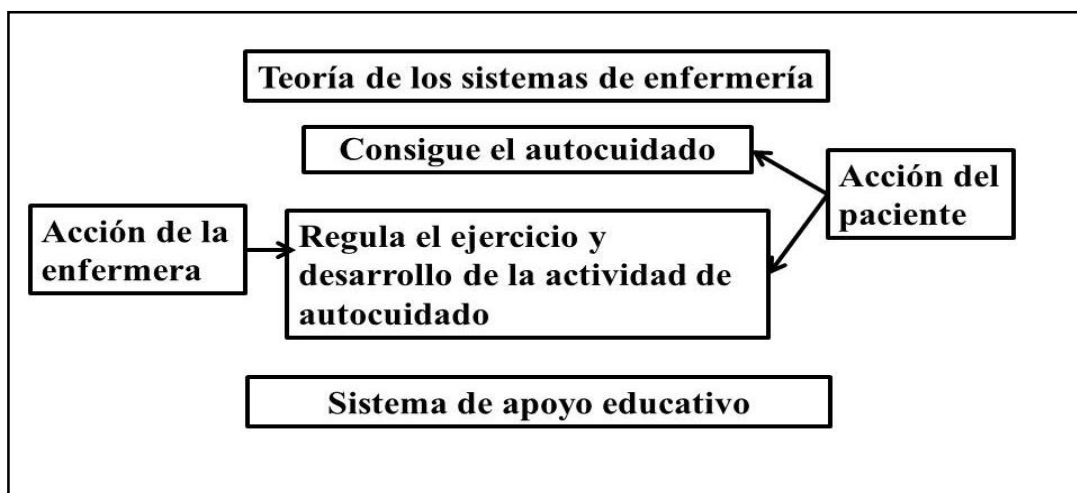


Figura 2. Sistema enfermero básico. Adaptación libre tomado de Orem, D.E (2001)

La autora de la presente investigación, coincide con Vázquez Rodríguez ¹⁶ y Enrique González ¹⁸ al plantear que la teoría de los sistemas de enfermería es la unificadora; la teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería y la teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás.

Según Naranjo Hernández ¹⁹ y Enrique González ¹⁸, el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón, de comprender su estado de salud y sus conocimientos en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

De acuerdo con los supuestos teóricos de Orem, el autocuidado está influenciado por los factores básicos condicionantes. Estos son factores internos y externos a las personas, que afectan sus capacidades para ocuparse por sí mismas y continuamente de su cuidado o afectan al tipo, cantidad y calidad de autocuidado requeridos. ¹⁴

Los factores internos o externos de las personas que afectan las capacidades de autocuidado se denominan Factores Condicionantes Básicos, los que se agrupan en tres categorías: factores que describen a la persona o a grupos, como la edad, sexo y estado de desarrollo; factores que relacionan a estos individuos con sus familiares de origen o de matrimonio, entre los que se encuentran la orientación sociocultural y factores del sistema familiar y finalmente los que ubican a los individuos en su medio y los relacionan con condiciones y circunstancias de vida como: el estado de salud, factores del sistema de cuidado de la salud, patrones de vida, factores ambientales, así como disponibilidad de los recursos y factores externos del entorno. ^{16,18}

Para que las pacientes participen en la regulación del ejercicio y en el desarrollo de la acción de autocuidado, se necesita que ellas se sientan parte decisiva del proceso y por consiguiente que también sus experiencias y conocimientos sean valoradas, de ahí que se precisa para ello traducir el conocimiento científico al conocimiento popular, principio fundamental del Modelo de Traducción del conocimiento de Straus, Tetroe y Graham, en el que para esta

investigación se le integraron las subteorías de autocuidado, déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería descritas anteriormente.

1.2. Modelo de traducción del conocimiento (knowledge translación) de Straus, Tetroe y Graham.

El Modelo de traducción del conocimiento (knowledge translación, por sus siglas en inglés), en lo adelante KT, surge en Canadá en el año 2006, se describe como una estrategia para ser usada en la práctica cotidiana de la salud y definido como un proceso dinámico e interactivo que incluye síntesis, diseminación, intercambio y aplicación del conocimiento éticamente aceptable para mejorar la salud, ofrecer servicios de salud y productos más efectivos que fortalezcan el sistema de salud.²⁰ En la Figura 3 se puede observar la representación gráfica original del modelo.

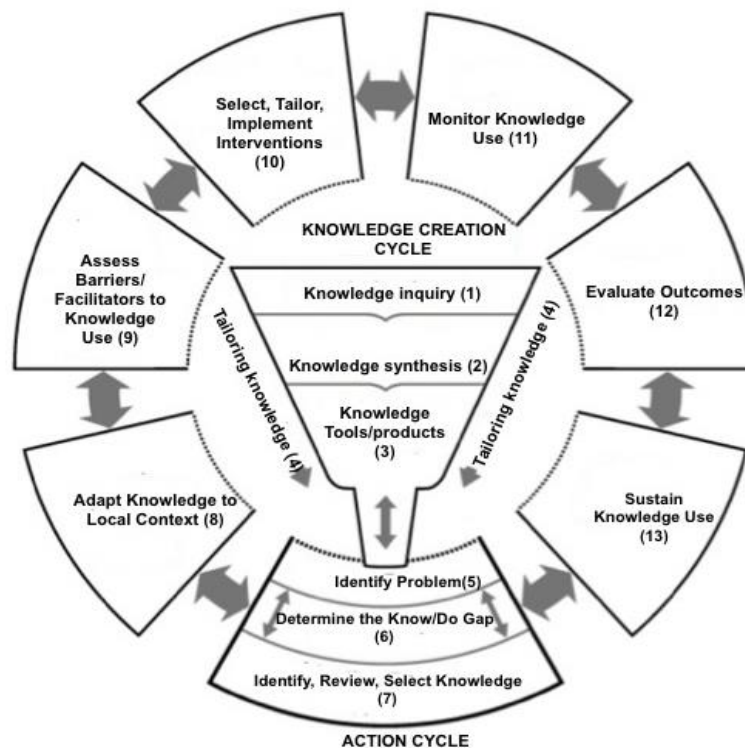


Figura 3. Modelo conceptual de traducción del conocimiento a acción. Tomado de Straus, Tetroe and Graham. 2013

El KT en salud surge de la necesidad de mover el conocimiento generado en las investigaciones, no sólo en el conocimiento publicado en las revistas científicas (diseminación del conocimiento) sino también de uso en la práctica cotidiana de salud. ²¹

Este Modelo se generó como parte del movimiento de la práctica basada en la evidencia y se corresponde al movimiento del conocimiento en acción, que incluye cuatro principios básicos: conocimiento, acción, intercambio e interacción. Estos principios se describen de la siguiente forma: el conocimiento es un término clave que permite reconocer formas de conocimiento, por ejemplo el científico, la acción no debe limitarse a la dimensión clínica, incluye la política, los programas de salud pública, la prestación de servicios, la comunicación clínica, entre otros, el intercambio de conocimientos que implica la solución de problemas colaborativos, con investigadores, tomadores de decisiones y usuarios del sistema de salud, de la misma manera la interacción mutua entre estos resultan en aprendizaje mutuo en el proceso de planeamiento, producción, diseminación y aplicación del conocimiento ya disponible o de resultados de nuevas investigaciones en la toma de decisiones. ²²

De acuerdo a Cabral, investigadora brasilera, los modelos participativos de investigación contribuyen al desarrollo de los usuarios del conocimiento como participante de los estudios, ya que encierran perspectivas democráticas en la toma de decisiones y se comparte el poder entre participantes e investigadores. En el modelo de traducción de conocimiento se produce un desarrollo colaborativo de la investigación, en el que hay una acción orientada en un sistema de coproducción del conocimiento, en el mismo investigadores y grupos de interés, como usuarios del conocimiento, se involucran en todo el proceso de investigación. ²⁰

El Modelo KT ha sido utilizado por enfermería en América Latina fundamentalmente en Brasil, para el diseño de tecnologías educativas, por ejemplo, para el aprendizaje de la fisiología de la lactancia materna, ²³ un almanaque sobre cuidados de niño con el uso de colostomía, ²⁴ una aplicación de celular para enfermeras sobre la preparación de familias de niños que viven con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ITS/SIDA) ²⁵ y para diseminar un vídeo en portugués, que demuestra las intervenciones de manejo del dolor neonatal (lactancia materna, contacto piel a piel y soluciones dulces) durante procedimientos dolorosos menores, y evaluar conocimiento previo, alcance, diseminación e intención de uso de las estrategias en el futuro. ²⁶ En el caso de Cuba fue utilizado su ciclo interno, para el diseño de una tecnología educativa para las familias sobre la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia. ²⁷

1.2.1 Fundamentos teóricos del Modelo de traducción del conocimiento.

El Modelo de traducción del conocimiento se sustenta en cinco agrupaciones de teorías fundamentales: Teorías de acción planificadas, psicología cognitiva de cambios en las conductas del proveedor, educacionales, organizacionales y para la mejora de la calidad. ²¹ A continuación, se realiza una breve descripción de cada una de ellas:

Las teorías de acción planificadas se fundamentan en las teorías de cambio, las que a su vez se clasifican en dos tipos, las clásicas y las planificadas, las primeras referidas como teorías normativas y descriptivas, mientras las segundas son informativas y necesarias para identificar los determinantes de cambio, son utilizadas por investigadores, elaboradores de políticas y agentes de cambio, ya que están dirigidas a guiar el cambio.

Las teorías de psicología cognitiva de cambios en las conductas del proveedor son utilizadas para la determinación de las conductas relacionadas con la salud de las personas y en particular el papel de factores cognitivos en conductas predictivas comunes. Ayudan a comprender y predecir el uso de las búsquedas. Debe ser usada para guiar la selección de intervenciones que permite maximizar el uso de la evidencia de investigación.

En las teorías educacionales los puntos clave para el aprendizaje son lo afectivo y lo cognitivo, así como los estilos de aprendizajes, poseen tres dominios amplios, los psicomotores, afectivos y cognitivos. Incluye en la teoría del aprendizaje cinco perspectivas (conducta, cognitiva, construccionista, humanista y de aprendizaje social). Los practicantes adultos están autodirigidos y pueden descubrir nuevos conocimientos.

En las teorías organizacionales se visualiza el uso del conocimiento en la organización del cuidado de la salud y en los sistemas de salud. Se basa en tres conceptos básicos del uso del conocimiento: capacidades, procesos y codificación, los que funcionan como tres principios interrelacionados. Los expertos y el conocimiento no deben ser disociados cada uno fortalece al otro, el uso del conocimiento es un proceso donde tanto el conocimiento interno, como el externo consolidan la organización y el conocimiento codificado o explícito que juega un rol fundamental en los cambios organizacionales sostenibles y que puede ser representado y difundido por medio de documentos, códigos, gráficos, mapas, dibujos, entre otros. La perspectiva organizacional es útil para la comprensión de los factores y procesos que pueden impedir o facilitar el uso de la investigación basada en la evidencia.

Finalmente, las teorías de mejora de la calidad se fundamentan en la perspectiva de metas organizacionales que permiten brindar una mayor satisfacción al usuario de un servicio o

sistema, en el marco de sus políticas organizacionales. Tienen un papel transformador, otorgan valor agregado al servicio, con impacto en la eficiencia organizacional, mejoramiento continuo, control o reingeniería de procesos y optimización de recursos, aumento del desempeño y la productividad.

1.2.2. Análisis de los ciclos del Modelo de traducción del conocimiento.

Este Modelo ha sido utilizado para el diseño y aplicación de herramientas o productos en diferentes investigaciones ²³⁻²⁷. El mismo comprende dos ciclos, uno interno llamado “ciclo de la creación del conocimiento (*Knowledge creation*)” que se representa con un triángulo o embudo invertido (Figura 4) y otro externo nombrado ciclo de acción (*Action cycle*). Para la explicación de cada ciclo se desagregó la imagen del ciclo interno, como puede verse en la Figura 4 que aparece a continuación.



Figura 4. Ciclo de la creación del conocimiento (*Knowledge creation*). Traducción libre elaborado por la autora.

En esta investigación se utilizó el ciclo interno o de creación del conocimiento en relación a este Modelo. De acuerdo a Cabral ²⁸ en referencia a Straus, describe que el “ciclo de la

creación del conocimiento” se estructura en un diseño de adaptación del conocimiento, dentro de un triángulo invertido (*knowledge creation funnel*). Para ello se debe tener en cuenta tres fases: (1) en la parte superior más amplia, investigar el conocimiento (*knowledge inquiry*), (2) en el centro, sintetizar el conocimiento (*knowledge synthesis*) y (3) en la punta, las herramientas/productos del conocimiento (*knowledge tools/products*)”.

La fase de “investigación” se refiere al conocimiento de primera generación (investigación empírica). Mientras que la fase de “síntesis” al conocimiento de segunda generación. O sea, la síntesis del conocimiento de los estudios primarios, que consiste en condensar los resultados de investigaciones en el tema de interés, de forma que sean accesibles a los diversos públicos (profesionales de la salud, gestores y pacientes) para que puedan decidir qué conductas/acciones de salud adoptar. Esta fase está representada por la divulgación de las revisiones sistemática con el fin del meta-análisis o la meta-síntesis.²⁸ O de otros tipos de revisiones descritas como métodos para síntesis del conocimiento, es el caso de revisiones integradoras, narrativas o paraguas, entre otras.

Autores como Young y colaboradores en relación al análisis de la síntesis del conocimiento refieren que este proceso *“implica hacer un amplio levantamiento de la producción científica sobre un tema específico a ser traducido, pues la utilización de apenas una fuente puede resultar un sesgo. Así, se necesita hacer el panorama global de los resultados de estudios en la unidad a ser traducida. La síntesis amplía las posibilidades de abordaje del tema y favorece la traducción. Se sugiere la conducción de una revisión sistemática a partir de una pregunta específica, con el desarrollo de un protocolo que contenga: criterios de inclusión y exclusión, estrategias de búsquedas, formas de extracción de datos, evaluación con*

*exactitud y sintetizar los resultados cualitativa y cuantitativamente con base en interpretaciones y discusiones relevantes y aplicables a aquellos estudios”.*²⁹

De la misma manera, Cabral al citar a Straus,²⁸ refiere que el resumen de los resultados apunta a cuáles son las mejores decisiones a ser tomadas por las personas. Este proceso de síntesis es generalmente realizado por especialistas, pudiéndose idealmente contar con la participación del público desde la identificación del problema de investigación. Cuando el público del conocimiento participa desde el principio, es más probable que una necesidad colectiva sea identificada, lo que favorece la transformación del conocimiento en acciones que fortalecen el sistema de salud.²⁸ Como fue el caso del estudio que se presenta en esta tesis.

Para finalizar el ciclo interno, Cabral²⁸ enuncia, que en la fase de las herramientas del conocimiento se crean productos para guiar las prácticas de cuidado en salud junto a la población, como, por ejemplo, las pautas o protocolos, guías de práctica clínica, sitios *web*, algoritmos, tecnologías educativas, entre otros. En esta investigación el producto creado fue la propuesta de una tecnología educativa, en este caso una guía de información sobre autocuidado para pacientes mastectomizadas.

Las herramientas/productos del conocimiento forman parte de la primera aproximación del conocimiento, una vez que la síntesis proporciona la singularidad de las informaciones, para responder a la demanda de traducción de los hallazgos de investigación científica a un lenguaje que pueda ser comprendido por los usuarios y tomadores de decisión. Además, esa fase incorpora las directrices existentes para que se identifiquen vacíos en los materiales disponibles.²⁸

Las fases del ciclo interno pueden influir en el ciclo externo, (Ciclo de acción del conocimiento) que se representa en la figura 5. Se explicará con mayor detalle las fases que se emplearon en la investigación que da salida a esta tesis, las cuales fueron: identificar, revisar y seleccionar; adaptar el conocimiento al contexto local y evaluar las barreras y facilitadores del uso del conocimiento. Las mismas se colorearon en azul en la Figura 5 para distinguirlas en el esquema del modelo.

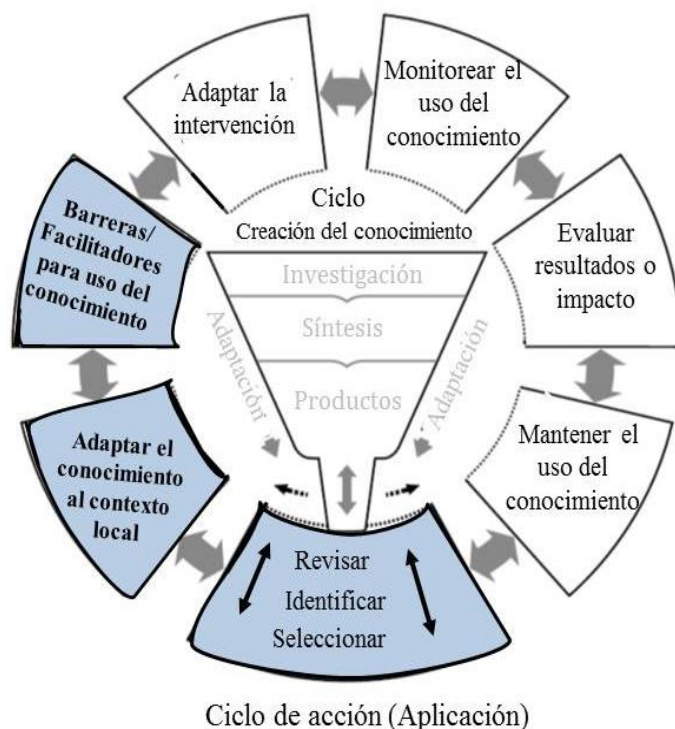


Figura 5. “Ciclo de acción del conocimiento (*Knowledge creation*)” Traducción libre por la autora.

Tanto el ciclo de creación, como el de acción son determinados por la identificación del problema. El punto de partida para el proceso de KT es la identificación del vacío del conocimiento a la acción, es decir, identificar el vacío que existe entre la evidencia y la

práctica o una política pública, para el cual se intentará crear estrategias que traigan soluciones de cuestiones específicas. Para eso, en la búsqueda del conocimiento producido hasta entonces se desarrolla la revisión (búsqueda, identificación y selección) de evidencias científicas y la descripción/análisis del conocimiento generado con las evidencias. Así se determina el conocimiento/vacío para elegir y delimitar el fenómeno a ser estudiado. ²⁸

A partir de la identificación del problema, se iniciará el movimiento para transformar el conocimiento científico en acción. Es esencial valorar la participación del público del conocimiento para invertir tiempo y recursos en problemas reales.

El ciclo de acción o aplicación es el proceso por el cual el conocimiento es implementado, es un proceso dinámico e interactivo cuyas flechas están apuntadas en las dos direcciones, una fase informa a la otra y el giro del embudo de la creación del conocimiento, potencialmente, informa cada fase. ²²

Este ciclo se estructura en siete fases, que pueden ocurrir secuencialmente o simultáneamente: (1) identificar, revisar y seleccionar conocimiento; (2) adaptar el conocimiento al contexto local; (3) evaluar las barreras al uso del conocimiento; (4) seleccionar, adaptar e implementar intervenciones; (5) monitorear el uso del conocimiento; (6) evaluar los resultados o el impacto del uso del conocimiento; (7) mantener el uso del conocimiento. ²⁸

La fase de identificar, revisar y seleccionar conocimiento, es el punto de partida para la implementación. El investigador puede utilizar diferentes métodos y técnicas, siempre que involucre activamente al público del conocimiento. Esta identificación puede ocurrir desde

la perspectiva del usuario, del profesional, del administrador, en fin, la selección de los participantes dependerá de la coherencia con la población objetivo del conocimiento.²⁸

La fase de adaptar el conocimiento al contexto local es necesaria ya que diferentes contextos presentan multiplicidad de condiciones socioeconómicas y políticas para la viabilidad de estrategias resolutorias. Para ello, esa adaptación implica un proceso sistemático y participativo para que la evidencia tenga mayor aplicabilidad en la práctica. Adaptar el conocimiento al contexto que será aplicado promueve la aplicabilidad del material, la calidad de esa traducción y auxilia en la transformación de la realidad antes instalada. Se observa que hay más inversión en la creación de herramientas/productos que en la adaptación para el uso. Se destaca que, al igual que se consideran los usuarios finales del conocimiento, se necesita considerar el contexto (local) del uso. En el proceso de adaptación se debe considerar las necesidades específicas, prioridades, legislación, política y recursos en el escenario objetivo de la aplicación.²⁸

Para ello, es necesario un compromiso tanto de investigadores como de usuarios para la preparación, adaptación y finalización. Primero, la preparación involucra la organización de un equipo que determina el alcance y el plan de trabajo. El equipo elige un tema con el uso de criterios preestablecidos, comprueba si la adaptación es viable e identifica los recursos y las aptitudes necesarias al escribir el plan para traducir el conocimiento generado con la síntesis de las evidencias. Entonces, la adaptación determina la propuesta, es decir, el destinatario, la intervención y la aplicación; se procede a la búsqueda de materiales que fomenten la traducción (revisiones sistemáticas, directrices, manuales, etc.), la decisión y la selección del material que debe ser adaptado y se prepara el primer borrador de la directriz adaptada.³⁰

En todas las etapas del proceso se promueve la inclusión del usuario. En la finalización se realiza la revisión externa, consultoría a las organizaciones profesionales relevantes y especialistas y el plan de mantenimiento del material producido y su producción propiamente dicha.³¹

La fase de evaluar las barreras o facilitadores del uso del conocimiento está entre las más importantes a ser consideradas en el ciclo de acción. Se observa que un mismo elemento (también denominado como determinante) puede ser una barrera o facilitador. Entre los elementos están, por ejemplo, conocimiento (conciencia, familiaridad, entre otras); actitudes (interpretación de la evidencia, aplicabilidad, practicidad, costo-beneficio, autonomía, entre otras); comportamiento (factores asociados al paciente o usuario, toma de decisión compartida como una innovación, al ambiente). Existen instrumentos para evaluar barreras y facilitadores y se plantea que se puede utilizar tanto el método cuantitativo como cualitativo, con diferentes técnicas.²⁸

Para la fase de seleccionar, adaptar e implementar intervenciones, se deben trazar objetivos específicos para cada acción (por ejemplo, si es una intervención de educación formal, de informática, directa o mediada por el paciente, organizacional, entre otras), según sea su público del conocimiento, paciente o usuario profesional de salud e institución o una de ellas. Con ello, las intervenciones tienen más probabilidad de contribuir a la transformación de una realidad, cuando está contextualizada.²⁸

La fase de monitorear el uso del conocimiento determina cómo y con qué extensión el conocimiento fue difundido en la población pretendida. Diferentes objetivos y diferentes grados de uso de conocimiento requieren diferentes estrategias de monitoreo. Existen algunas

herramientas para evaluar el uso del conocimiento. Puede ser por medio de la aplicación concreta del conocimiento (instrumental), cambios en la comprensión o actitudes (conceptual) o el uso del conocimiento como soporte o "provisión" (persuasivo). Y en la fase de evaluar los resultados o el impacto del uso del conocimiento se deben utilizar métodos explícitos y rigurosos, cuantitativos y cualitativos. ²⁸

Finalmente, en la fase de mantener el uso del conocimiento se refiere a la continuidad de la aplicación de la innovación a lo largo del tiempo. Esto depende de la capacidad de adaptación a los cambios tanto de la institución y de los trabajadores. La introducción de la innovación es un aspecto crítico y debe iniciarse desde la planificación del ciclo de acción para promover la diseminación, el uso y la sostenibilidad. Las revisiones sistemáticas evidencian seis factores que interfieren en el mantenimiento del uso: necesidades de salud y beneficios esperados, eficacia del sistema de monitoreo del progreso, adaptabilidad y alineación de la mejora del proceso, liderazgo multinivel y colectivo, recursos financieros y humanos, así como apoyo de las partes interesadas. ²⁸

El análisis teórico realizado condujo a plantear la posibilidad de integrar la Teoría Enfermera de déficit de autocuidados y el Modelo KT en una intervención de enfermería, lo que se explican en el siguiente subacápite.

1.3. Integración de la Teoría de Orem al Modelo de traducción del conocimiento.

El análisis por separado de los supuestos teóricos de la Teoría de Orem y el Modelo KT permitió encontrar puntos en común que propiciaron la idea de realizar la integración de ambos, en las fases del Modelo aplicadas en el estudio. Aspectos que se representan en la figura 6, en ella, para hacerlo más comprensible, se puede visualizar que intencionalmente

se colocó en color violeta el ciclo interno y las subteorías con las que se relacionan y se coloreó en azul, el ciclo externo y la subteoría relacionada.

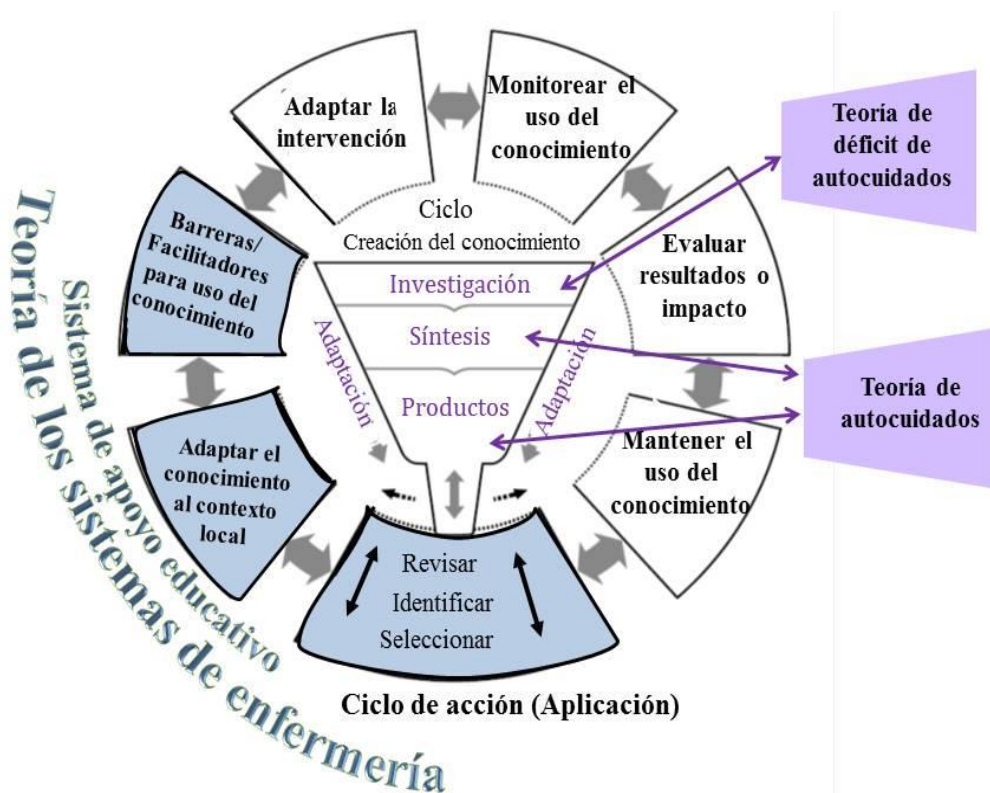


Figura 6. Integración de la Teoría de Dorothea Orem en el Modelo Traducción de Conocimiento

En la Teoría general de la obra de Orem se presenta la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. En la que además asumió una postura respecto a la enfermería como ciencia, identificándola como una ciencia práctica. En tal sentido la primera relación que se puede establecer con el Modelo KT se relaciona con la idea del mismo como proceso dinámico e interactivo que incluye síntesis, diseminación, intercambio y aplicación del conocimiento éticamente aceptable para mejorar la salud. Dado que, además Orem afirma que ¹³“si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo

de práctica, se necesitaba un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado". Y para el Modelo KT ²⁸ *"el objetivo es disminuir la brecha entre lo que se sabe y lo que se hace en diferentes áreas y escenarios de cuidados de salud"*.

Otras relaciones entre la TEDA y el Modelo KT se pueden establecer con los ciclos del Modelo y las subteorías, como se observa en la figura 6. Al respecto la subteoría de déficit de autocuidado sustenta las decisiones de investigar cual era el déficit de autocuidado que existía en las mujeres mastectomizadas y por cuales complicaciones derivadas de autocuidado acudieron a consultas como punto de partida en la primera fase del ciclo de creación del conocimiento, "investigación".

La subteoría de autocuidado en la que los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud están presentes en las pacientes mastectomizadas se relaciona con la fase de síntesis porque la misma permitió que la búsqueda de la evidencia científica se pudiera relacionar con los requisitos de la teoría en cuestión. Y finalmente la herramienta diseñada contuvo tanto las necesidades de déficit de autocuidado de las pacientes mastectomizadas como la mejor evidencia correspondiente a los tres requisitos de la teoría de autocuidado.

Por su parte las fases utilizadas en el estudio del ciclo externo del KT (ciclo de acción del conocimiento), se relacionó con la subteoría de sistema enfermero, en la que específicamente el sustento estuvo en la teoría de los sistemas de apoyo educativo, que por su concepción determina que *"la enfermera regula el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado, en tanto el paciente realiza el autocuidado y participa en la regulación del ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado"*. ¹³

En la primera fase del ciclo externo (identificar, revisar y seleccionar) de acuerdo a los aspectos fundamentales de autocuidado para pacientes mastectomizadas obtenidos en la herramienta diseñada con la aplicación del ciclo interno, se decide entrenar al personal de enfermería como potencial usuario que aplicará la herramienta en los servicios. Con ello podrán contribuir desde la educación, a la regulación del ejercicio y la actividad de autocuidado de las pacientes.

En la fase de adaptar el conocimiento al contexto local, también los profesionales de enfermería tuvieron un rol importante en su función de expertos. Además, participaron en la fase de identificación de barreras y facilitadores para el uso del conocimiento en la que igualmente participaron pacientes tributarias de la intervención educativa para la regulación, desarrollo y acción de autocuidado.

Consideraciones finales del capítulo

- Utilizar como referente teórico fundamental la Teoría de Dorothea Orem, permitió un sustento epistemológico de gran valor para el diseño de la intervención de enfermería para pacientes mastectomizadas.
- La relación entre los referentes teóricos llevó a la autora a la integración de la teoría de autocuidado y el sistema enfermero con el Modelo de Traducción del Conocimiento, para la mejor comprensión del autocuidado en pacientes mastectomizadas, aspectos que respaldaron las decisiones metodológicas y las evidencias científicas obtenidas en el estudio.

**CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO DE LAS PACIENTES
MASTECTOMIZADAS**

CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS

La enfermería como ciencia del cuidado requiere de una estructuración teórico metodológico, que guíe su accionar en la intervención para el logro de resultados de autocuidados satisfactorios. Las teorías y modelos conceptuales de la profesión fundamentan la autonomía de las enfermeras para mejorar la calidad del cuidado que se presta a las personas.¹⁸

En tal sentido, en esta tesis se asume la prevención mediante la educación para la salud como instrumento indispensable para su logro, la que se sustenta en la idea de *“ayudar a las personas o grupos a adquirir conocimientos y habilidades para enfrentar los problemas de salud, además de comportamientos útiles para alcanzar su objetivo”*.²⁷

En el caso de las necesidades identificadas de autocuidado en las pacientes mastectomizadas, como problema de salud de carácter social que constriñe la vida de las mismas, llevó a la autora al diseño del estudio que se presenta en esta memoria escrita. Para mejor comprensión de los pasos metodológicos para responder al problema de investigación se escribió el capítulo, con el objetivo de exponer la concepción y el diseño del estudio que tiene como referente metodológico el Modelo de traducción del conocimiento de Straus, Tetroe y Graham.

2.1. Tipo y escenario de estudio.

Se realizó una investigación de desarrollo del tipo investigación+desarrollo+innovación (I+D+i), donde el componente innovador se atribuye a la propuesta diseñada, mediante un estudio cualitativo que asume el diseño de investigación acción participativo. La misma se

ejecutó en el periodo comprendido entre septiembre de 2017 y febrero de 2020, el escenario de estudio fue el Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau de Santa Clara. Éste es un Hospital, único de su tipo en la provincia de Villa Clara, que presta atención médica de alta complejidad, para la población territorial del centro del país e incluye las provincias de Cienfuegos, Santi Spíritus y Villa Clara, con una capacidad de 221 camas de hospitalización.

El servicio de cirugía del Hospital cuenta con cinco especialistas Oncomástologas y tiene una plantilla de enfermería de 18 enfermeros en salas de cirugía, de estos Licenciados en Enfermería 12 y Técnico medio seis. Las salas de cirugía disponen de 42 camas, distribuidas en 16 en sala 10 A, 14 en la sala 10 b y 12 camas en la sala 9 y atienden pacientes de todas las especialidades.

Existen una consulta de pesquisaje de mama que funciona los miércoles, cinco consultas de seguimiento de mama a pacientes de oncología que funciona los jueves y la consulta multidisciplinaria de mama donde acuden los casos diagnosticados ya con biopsia positiva, que se efectúa los viernes. Integran la consulta multidisciplinaria 17 profesionales de la salud: cuatro Oncomastólogas, una Cirujana mastóloga, dos Radioterapeutas, dos Oncólogas clínicas de quimioterapia, en número de uno Licenciada en Enfermería, en Psicología, en Nutriología-dietética y Fisiatría del Hospital Universitario Oncológico “Dr. Celestino Hernández Robau”, un cirujano del Hospital Militar “Comandante Manuel Piti Fajardo”, dos cirujanas mastólogas del Hospital Gineco-Obstétrico “Mariana Grajales” y una cirujana del Hospital clínico quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”.

2.2. Algoritmo de la investigación para el diseño de la intervención de enfermería para mejorar el autocuidado en pacientes mastectomizadas.

Dado que el Modelo de traducción del conocimiento constituyó el referente metodológico, el esquema del mismo será utilizado para explicar las etapas del estudio y su correspondencia con las fases que se aplicaron de dicho modelo, ver figura 7.

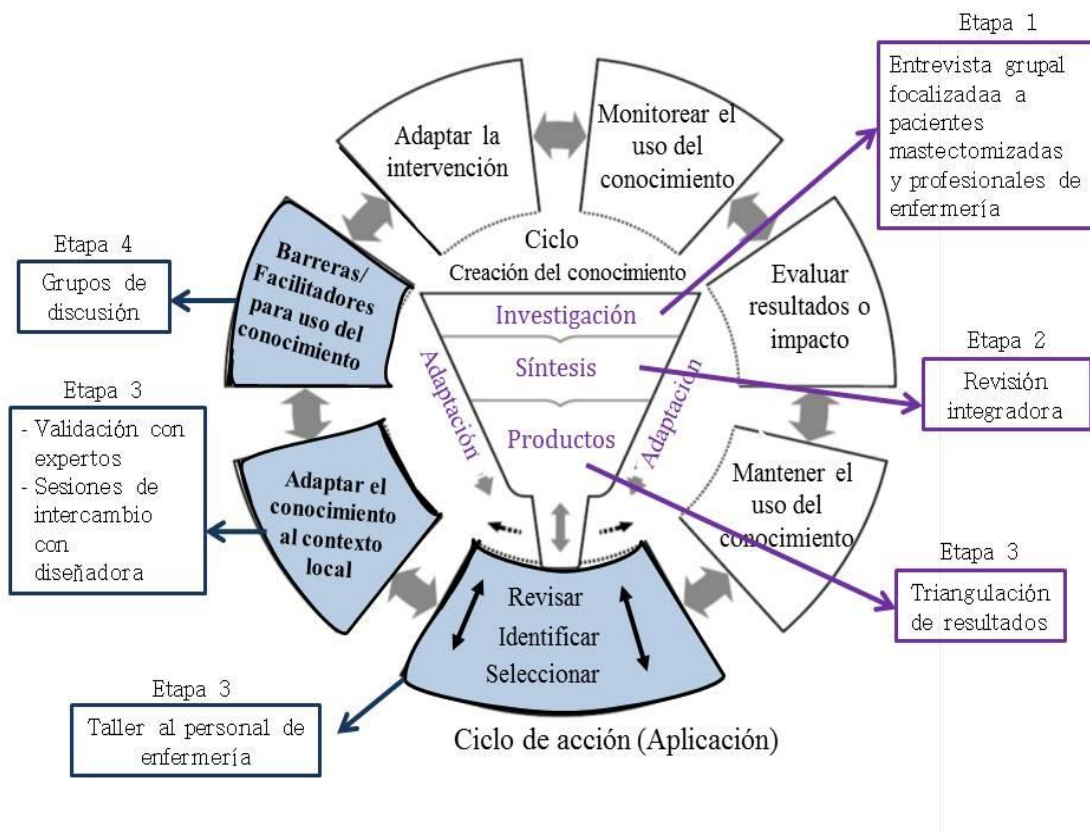


Figura 7. Modelo de Traducción del Conocimiento y etapas del diseño metodológico.

Como puede observarse en la figura 7, en correspondencia con los objetivos del estudio, el diseño metodológico quedó conformado por cuatro etapas y se trabajaron seis fases, las tres del ciclo interno y tres del externo, de las que se describirán a continuación las tareas realizadas en cada una.

2.2.1. Etapa. 1. Percepción de pacientes y personal de enfermería (investigación del conocimiento)

Esta primera etapa coincide con la primera fase del modelo KT (investigación del conocimiento), en la que para este estudio se utilizó la recogida y análisis de datos cualitativos, mediante la aplicación de la técnica de entrevista grupal focalizada, realizada de febrero a mayo del 2018, con diez pacientes mastectomizadas y 12 enfermeras vinculadas al servicio de cirugía. La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo homogéneo, en el mismo según Sampieri ³² “...se debe considerar que los integrantes posean, entre sí, al menos una característica común y que los criterios para la selección sean determinados por el objetivo del estudio...se recomienda homogeneidad en los grupos para potenciar las reflexiones sobre experiencias comunes”. El objetivo de la técnica grupal fue explorar las percepciones sobre cómo mejorar el autocuidado en de las pacientes mastectomizadas.

La característica común de selección de las pacientes fue haber recibido mastectomía y de los profesionales de enfermería que fueran del servicio de cirugía oncológica con más cinco de años de experiencia.

La entrevista grupal focalizada es la manera de entrevistar a un grupo de personas de forma profunda. ³³ Se seleccionó esta técnica porque las entrevistas grupales constituyen el resultado de un esfuerzo colaborativo de los entrevistados y el moderador-investigador, en el que el contenido del encuentro es el producto de un relato co-construido, o un texto negociado, de manera contextual. ³⁴

Además, la selección obedece a las ventajas que posee esta técnica grupal para recolectar datos de tipo cualitativo, dado que en el proceso del encuentro grupal los participantes exploran sus puntos de vista, a partir de reflexiones sobre un determinado fenómeno social, en su propio vocabulario, generan sus propias preguntas y buscan respuestas pertinentes a la interrogante la investigación.³⁵

Según Fassio, investigadora argentina, las entrevistas de grupo están compuestas por personas que poseen cierta característica común (comparten un área organizacional/pertenecen a un mismo nivel en la estructura) que ofrecen información de naturaleza cualitativa sobre las percepciones, actitudes y opiniones a través de una conversación guiada.³⁶

Las preguntas para las pacientes fueron dos: ¿Cuáles conocimientos le faltaron en las orientaciones recibidas con relación a su cirugía para cuidarse mejor? ¿Le hubiera gustado tener las orientaciones para la cirugía de alguna manera en especial? Y para las enfermeras una: ¿En su experiencia en la atención a pacientes con cirugía de mama, que considera que se necesita para el autocuidado más efectivo de las mismas?

La elección del estudio cualitativo también responde a las ventajas de este tipo de diseño en el que “debido a que su trabajo tiende a enfocarse en experiencias humanas, acciones y procesos sociales, que fluctúan, los investigadores cualitativos no tienen como objetivo buscar leyes naturales que se extiendan a través del tiempo, el lugar y la cultura, sino desarrollar hallazgos vinculados a sus contextos”.³⁷

2.2.2. Etapa 2. Revisión Integradora (síntesis del conocimiento)

En la segunda fase (síntesis del conocimiento), se realizó una revisión integradora de literatura científica, ³⁸⁻³⁹ la que fue orientada a partir de una pregunta según refiere la estrategia PICOT. ⁴⁰ (Cuadro 1). De esta manera, la pregunta fue: ¿Cómo se aborda el autocuidado por enfermería en las pacientes con cáncer de mamas mastectomizadas?

Cuadro 1. Estrategia de la revisión, Villa Clara, Cuba 2018

Acrónimo	Definición	Descripción
P	Paciente o problema	Pacientes mastectomizadas
I	Intervención	Proceso de implementación
C	Control de comparación	-----
O	Resultados	-Barreras de implementación en los servicios de salud. -Beneficios de la implementación en los servicios de salud. -Autocuidado en pacientes mastectomizadas.
T	Tiempo	Período de hospitalización y pos-operatorio

El estudio se realizó en los meses noviembre y diciembre 2018, mediante búsqueda en bases de datos: BVS, SciELO, PUBMed y BDenf, se elaboró la estrategia de búsqueda (Anexo 1). Se emplearon los siguientes criterios para la inclusión de los artículos: estudios originales a texto completo, que declararan la metodología aplicada, realizados en cualquier territorio a nivel mundial, publicado en inglés, español o portugués, en el período de 2000 a 2018, disponibles a texto completo. Los criterios de exclusión fueron estar duplicados y no ajuste al tema. Se utilizaron las palabras claves “guía”, “autocuidado”, “neoplasia de mama”, “mastectomía” y “enfermería” en inglés, español y portugués, combinadas con operador booleano “and”. En la búsqueda se identificaron 7063 estudios primarios, se excluyeron 2057 artículos por estar duplicado y 4999 por no ajuste al tema, para un total de 5006. A los cuales

se realizó la lectura completa para aplicar el criterio de exclusión de “no ajuste al tema”. La muestra seleccionada quedó conformada con siete artículos distribuidos en las siguientes bases de datos: BVS n= 2; SciELO n= 2; BDenf n= 2; PUBMed n= 1. (Figura 8).

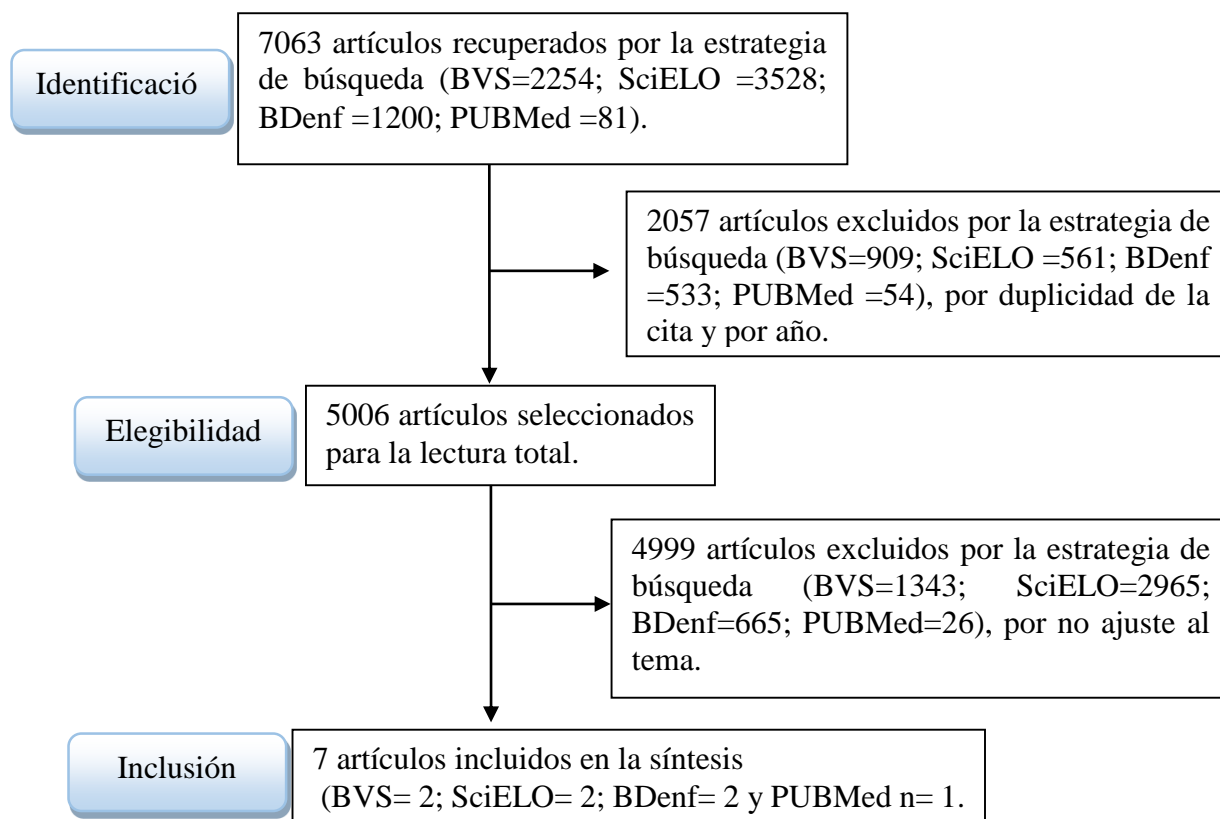


Figura 8. Flujograma de búsqueda de los artículos. Elaborado por la autora de la tesis.

En cuanto al proceso operacional, la fase de selección fue mediante la lectura primero de títulos y resumen y posteriormente de artículos completos, la que fue realizada por la autora de la tesis y otra investigadora de forma independiente y posteriormente se realizó consenso para la selección. En las fases de lectura de textos integrales, extracción de datos y elaboración del análisis interpretativo participaron ambas investigadoras.

Para extraer los datos de los artículos, se elaboró una base de datos que contenía: título, autores, año de publicación, objetivos, metodología y resultados. El análisis se realizó de forma descriptiva y se llevó a cabo en dos etapas. La primera incluyó: lugar de publicación, año y país donde se desarrolló la investigación. La segunda etapa estuvo compuesta por el análisis de los objetivos, la metodología y los resultados para identificar las similitudes y diferencias entre estos.

2.2.3. Etapa 3. Diseño de la intervención de enfermería para paciente mastectomizadas.

Esta etapa incluyó tres fases del modelo KT, las cuales fueron: 1) elaboración de la herramienta o producto del conocimiento, que es la última fase del ciclo de creación del conocimiento y las dos primeras fases del ciclo de acción del conocimiento que son: 2) identificar, revisar y seleccionar y 3) adaptar el conocimiento al contexto local (ver figura 7). Dicha etapa se realizó de febrero a diciembre del año 2019.

En la fase de elaboración de la herramienta o producto del conocimiento, que para esta investigación fue una tecnología educativa, se utilizó la triangulación, la que se asume *“como la combinación de distintas fuentes de datos, investigadores, teorías o métodos en el estudio de un fenómeno”*.⁴¹

En tal sentido se integraron las necesidades de autocuidado identificadas en las pacientes mastectomizadas, concretadas en las categorías y subcategorías emergentes, con la evidencia científica de la síntesis del conocimiento obtenida mediante la revisión integradora. Fue necesario, además, realizar otras revisiones bibliográficas, como libros,^{42,43} tesis⁴⁴⁻⁴⁷ y protocolo⁴⁸ que permitieron triangular las necesidades de autocuidado identificadas por las pacientes que no emergieron en la revisión integradora, así como otras fuentes para diseñar

la primera propuesta la tecnología educativa diseñada, en este caso una guía realizada mediante la “Metodología de elaboración de Guías de Información para paciente”.⁴⁹ La que se realizó de febrero a abril del 2019

La fase de identificar, revisar y seleccionar del modelo KT en el estudio se realizó mediante un taller con el personal de enfermería, los objetivos fueron actualizar en los principales aspectos de la temática de estudio, así como revisar la tecnología educativa creada en el ciclo de creación del conocimiento e identificar y seleccionar las vías y formas de aplicarla en la institución de estudio.

El Taller se tituló “Autocuidado en pacientes mastectomizadas” (anexo 2), organizado mediante un programa que fue aprobado en el acuerdo 44 del Consejo científico del hospital de estudio (anexo 3). Se impartió en el mes de mayo del año 2019 al total de enfermeros cuyas funciones se relacionan con las mujeres mastectomizadas, que fueron un total de 30. Para evaluar los resultados del mismo se realizó la técnica participativa conocida como PNI (positivo, negativo, interesante), para ello se organizaron los participantes en seis equipos, de cinco integrantes cada uno, los que designaron un relator y un moderador, este último presentó los criterios del colectivo. Dichos criterios se consensuaron en plenaria en la medida que se colocaron en la pizarra por una auxiliar de investigación.

Con la propuesta de la tecnología educativa revisada, se pasó a la fase de adaptación del conocimiento al contexto local, la que de acuerdo al modelo KT *“se realiza la revisión externa, consultoría a las organizaciones profesionales relevantes y especialistas”*.⁵⁰⁻⁵¹ Es por ello que se aplicó una consulta a expertos, que permitió, según describe el modelo,

establecer la validez de contenido de la herramienta o producto diseñado (tecnología educativa).

La selección de los expertos se realizó por criterios medibles que garantizaron la calidad de los datos. Estos fueron: haber realizado investigaciones en el tema, cinco o más años de experiencia en la labor que realiza, poseer categoría docente, investigativa y científica. Se realizó en los meses de junio a agosto del año 2019.

Para dicha consulta a expertos se utilizó la “*estrategia para la recolección de evidencias de validez basada en el contenido*” de Barraza Macías,⁵² en correspondencia se elaboró un instrumento con las indicaciones y las escalas de medición (anexo 4), el que quedó conformado por 17 secciones las que comprendieron entre cuatro y 15 ítem cada una. Si bien existen otros métodos para este tipo de validación, la autora lo seleccionó por encontrar referencias de su fácil comprensión y probada aplicación.⁵³

La metodología de Barraza declara que con los ítems que sean aprobados por los expertos se calcula una media general, de las puntuaciones de las categorías de medición, las cuales son: no pertenece (NP) con valor de cero, probablemente no pertenece (PNP) con valor uno, probablemente si pertenece (PSP) con valor dos y si pertenece (SP) con valor tres. Los ítems que obtenga menos de 1,5 se eliminan, con los ítems restantes se interpreta el resultado con la escala sugerida por el autor de referencia:

- De 1.6 a 2 se considera que el ítem o la sección presenta una validez débil.
- De 2.1 a 2.5 se considera que el ítem o la sección presenta una validez aceptable.
- Más de 2.6 se considera que el ítem o la sección presenta una validez fuerte.

Posteriormente a la validación de expertos, se realizó por la autora de la tesis el análisis e integración de criterios de los mismos y a seguir tres sesiones de intercambio con una diseñadora, en los meses de septiembre a diciembre del año 2019, para ajustar el formato a las demandas de las pacientes identificadas mediante la entrevista grupal focalizada. Con ello quedó conformada la segunda versión de la tecnología educativa diseñada.

2.2.4. Etapa 4. Barreras y facilitadores para el uso del conocimiento.

De acuerdo al modelo KT y como se comentó en el primer capítulo de la tesis, esta fase está entre las más importantes a ser considerada en el ciclo de acción, ya que es el punto de partida para la implementación. Y debe involucrar activamente al público o usuarios del conocimiento, que en el estudio que se presenta en esta tesis, son las pacientes mastectomizadas y el personal de enfermería. De ahí que con ellos para identificar barreras y facilitadores se realizaron tres grupos de discusión. En el mes de febrero del año 2020.

Se seleccionó esta técnica grupal porque responde a los objetivos del estudio, dicha técnica es descrita como: *“conversación cuidadosamente planeada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo. Se lleva a cabo aproximadamente con seis a diez personas, guiadas por un modelador experto, la discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión”*.⁵⁴

De acuerdo a Kleinübing Godoi *“... en los grupos de discusión debe predominar el intercambio dialógico que da sentido al discurso grupal, la lógica es exclusivamente*

dialógica, es decir los participantes conversan exclusivamente entre sí, ellos construyen su discurso grupal. El grupo avanza en la búsqueda de significados compartidos, los que conocen esquemas interpretativos en la misma elaboración de significados.” ⁵⁵

Los tres grupos de discusión estuvieron conformados por ocho pacientes mastectomizadas, seis pacientes pendientes a operar y ocho profesionales de enfermería del servicio de cirugía. Dichos participantes fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico de tipo homogéneo.

En el caso de las pacientes, la característica común fue haber recibido mastectomía o las pendientes a operar, que tuvieran diagnóstico confirmado y programadas para cirugía y de los profesionales de enfermería que fueran del servicio de cirugía oncológica con más cinco de años de experiencia y que hubieran recibido el taller que formó parte del estudio.

Los participantes en cada grupo eran menos de diez y la autora de la investigación actuó como moderadora de las tres sesiones de discusión, la cual lideró las intervenciones de los miembros y la apertura y cierre de los temas. Para la realización de la técnica de grupo de discusión, se tuvieron en cuenta las fases de desarrollo de las técnicas grupales: planteamiento de objetivos, preparación, organización y desarrollo del tema, análisis de la información. ⁵⁶

El local seleccionado poseía las condiciones estructurales de espacio, ventilación y buena iluminación. Se dispusieron los asientos en forma de herradura lo que permitió una buena visibilidad e intercambio entre los participantes y la moderadora. Participaron tres auxiliares de investigación, una como observadora que llevo la relatoría y las otras dos grabaron las sesiones y colaboraban en los aspectos necesarios logísticos. Se contó con los medios de

grabación de la técnica, aspecto necesario para el posterior análisis de contenido de cada grupo de discusión.

La moderadora explicó los objetivos, la importancia de la realización, las razones de la selección de los participantes y la dinámica de trabajo que se utilizaría durante la sesión. En la fase central se dirigió la conversación hacia la temática esencial a partir de la introducción del tema seleccionado. El debate transcurrió de manera armónica, sobre la base del respeto y con la participación de todas las personas. Cada sesión duró dos horas aproximadamente. (Anexo 5)

2.3. Procesamiento de los datos.

Las narrativas fueron grabadas, transcritas y agrupadas en un cuerpo textual para realizar el análisis de contenido, que se realizó de tipo temático-categorial, según Bardin ⁵⁷ en este caso se realizó la interpretación de las narrativas de los datos de las entrevistas grupales focalizadas mediante el análisis temático, donde emergieron de manera inductiva las categorías y subcategorías y para el análisis de los grupos de discusión se realizó en base a las categorías del referencial teórico, con la se operó en un proceso de inducción respaldado en la teoría previamente definida, en este caso el modelo KT.

En tal sentido las categorías del referencial teórico fueron:

Barreras para el uso del conocimiento: Situación o hecho que dificulta la implementación de la herramienta o producto.

Facilitadores para el uso del conocimiento: Situación o hecho que posibilita la implementación de la herramienta o producto.

Tanto para las entrevistas como para los grupos de discusión con el fin de preservar el anonimato, se identificaron con la letra “M” a las pacientes mastectomizadas, con la letra “P” las pendientes a operar y con la letra “E” a las enfermeras, en todos los casos fueron enumeradas de acuerdo al orden de la palabra.

El análisis de contenido fue efectuado mediante la lectura exhaustiva del cuerpo textual, se sombreó en diferentes colores las unidades de análisis, después se buscaron los núcleos de sentido que permitieron que emergieran las categorías y se aplicó la frecuencia ponderada para identificar la de mayor peso.⁵⁷

2.4. Aspectos éticos.

El proyecto de este estudio fue evaluado por el Consejo científico del Hospital y aprobado con el acuerdo N°. 48, el nueve de junio del año 2015, presentado al Comité de ética de la investigación del Hospital el 15 de julio del año 2015 y aprobada su ejecución sin modificaciones. Se obtuvo el consentimiento informado (anexo 6) de los profesionales de la salud y pacientes incluidos en el estudio. Se devolvieron los resultados de la investigación, mediante informes técnicos y el producto concluido a las pacientes y personal de enfermería participantes en el estudio.

Consideraciones finales del capítulo

- El empleo de un estudio cualitativo de tipo de investigación acción participativa con la utilización del modelo de traducción del conocimiento, permitió crear un diseño metodológico que propició la elaboración de una tecnología educativa como elemento fundamental de la intervención de enfermería, que mediante la consecución del análisis

conjunto con el referencial teórico propició el logro de un producto de gran valor científico y práctico para las ciencias de la enfermería.

- La aplicación del modelo de traducción del conocimiento permitió plantear un algoritmo metodológico factible de aplicar para el diseño de intervenciones de enfermería, dada la posibilidad de creación y acción del conocimiento planteada en dicho modelo.

**CAPITULO III. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA
EL AUTOCUIDADO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS**

CAPITULO III. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Para esta investigación se considera que la intervención de enfermería debe, sobre la base de los requisitos de autocuidado de las pacientes, seleccionar procesos o tecnologías válidas y formular estrategias necesarias para su aplicación, que permitan satisfacer los requisitos de autocuidado identificados desde la perspectiva participativa.

En consecuencia, desarrollar una investigación que tiene como sustento una teoría de enfermería que se basa en las intervenciones dirigidas al autocuidado e integrarlo con un modelo participativo de intervención en salud, permitió obtener como resultado una intervención de enfermería para pacientes mastectomizadas centrada en sus necesidades, basada en el criterio profesional y sustentado en la evidencia científica. El análisis de los mismos, constituye el objetivo de este tercer capítulo.

3.1 Resultados etapa 1. Percepción de pacientes y personal de enfermería (investigación del conocimiento).

Los resultados develaron dos categorías: “necesidad de información de cómo autocuidarse post cirugía” y dentro de ella dos subcategorías: “material impreso con información” e “informaciones necesarias para el autocuidado de la cirugía de mama” y la segunda categoría fue sólo desde las percepciones de los profesionales de enfermería, ésta fue: “preparación del personal de enfermería para orientar sobre autocuidado”. La descripción más detallada de cada una se comenta a continuación.

Categoría: “necesidad de información de cómo autocuidarse post cirugía”

Subcategoría: “material impreso con información”

Los mayores significados y experiencias de las participantes que se recogen como resultados se enfocaron en la solicitud, necesidad y preocupación de un material impreso y de fácil manejo, que garantice la optimización y comprensión de su uso. Así se declaran en las voces de las participantes, como se puede leer a seguir.

“...un material que me pueda llevar a mi casa (M2, M4), ...un librito con información (M3, M4), ...algo que nos guíe como cuidarnos (M1, M5, M6), ...algún folleto para entregar en la consulta (E1, E4, E7), ...un material impreso que explique cómo deben cuidarse (E5, E8, E10), ...deberíamos tener un material educativo para entregar a las mujeres operadas (E4, E12), ... sí una guía que podría incluso entregarse en la consulta antes de la cirugía (E2, E7)”

Subcategoría: informaciones necesarias para el autocuidado de la cirugía de mama.

Tanto, las pacientes como las profesionales de enfermería delinearon los aspectos que deben estar incluidos en el material para el autocuidado de pacientes mastectomizadas, las voces que respaldan la subcategoría así lo representan.

“...información sobre qué es el cáncer de mama y la mastectomía (M3, M5), ...cuidados durante la hospitalización (E2, E5, E6), ... actividades que podemos realizar (M3, M5, M7), ... cuidados a tener con ese brazo (M2, M8, E5, E8, E11), ...información sobre trabajo que podemos hacer (M1, M4), ... sí puedo tener hijos (M10), ... qué ropa puedo utilizar (M3, M5, M10), ... cuál es la mejor alimentación (M2, M5)), ... saber que deportes se pueden hacer (M8, M10) ... ¿y qué me dices de la recreación? (M4), ... los aspectos psicológicos son muy importantes (M3, E4, E9, E11), ... imagen corporal interna y externa (M6, M9, E10, E11) ... que opciones tenemos para prótesis, dónde y cómo obtener esa información (M4, M9)”

Categoría: “preparación del personal de enfermería para orientar sobre autocuidado”

Los profesionales de enfermería reconocen la necesidad de su preparación en el tema y aunque tengan algún material para apoyarse sus conocimientos sobre orientaciones de autocuidado en mujeres mastectomizadas deben ser profundos para cualquier duda que surja. *“... saber más sobre estos temas es una necesidad (E8, E10) ... ¿cómo vamos a orientar sin prepararnos? (E4), ... las preguntas que nos hacen todos los días nos obligan a prepararnos (E3, E4, E9), ... deberíamos recibir más capacitación sobre ese tema (E6, E9, E10, E11) ... nosotras debemos buscar también información siempre (E1, E5, E7), ...somos las más cercanas siempre para sus dudas (E2)”*.

Dentro de las necesidades de información los aspectos psicológicos y la imagen corporal ocupan un lugar importante, como se demuestra en la revisión sistemática realizada por Varela y colaboradores, la que se ejecutó con el objetivo de describir los instrumentos para evaluar la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama en la población latino-americana, en ella se evidenció que la insatisfacción de la mujer con el cuerpo, después de descubierto el cáncer de mama, es mayor cuando atraviesa algunas condiciones como el linfedema, o el uso de prótesis después de la mastectomía y el aumento de peso. Se encontró que la vulnerabilidad psicológica es mayor cuando la mujer considera que su apariencia va a definir la autoestima.⁵⁸

Dados estos estigmas y preconceptos, se entiende que el profesional de salud, dentro de ellos Enfermería, puede auxiliar en el enfrentamiento de los desafíos, para estimular el retorno a las actividades sociales y funcionales, así como elevar la autoestima y autoconfianza. Se conoce que personas más optimistas presentan mayor satisfacción con la imagen corporal y

una mejor adaptación psicológica a la nueva condición de salud, lo que repercute en mejores tasas de supervivencia y calidad de vida.⁵⁸

De acuerdo a la evidencia científica existen elementos clave para el cuidado y autocuidado de pacientes mastectomizadas, no obstante, dada las condiciones de los contextos puede haber variabilidad de procedimientos que conlleven a incluir en las orientaciones de autocuidado variantes que los profesionales deben manejar para ofrecer mejores atenciones y resultados en la población atendida. De ahí la importancia de no adoptar directamente materiales elaborados en otros contextos, sino más bien sobre la base de éstos y de las necesidades identificadas con la población objeto de estudio, elaborar herramientas o productos que suplan sus demandas.

Por lo que después de realizada la investigación del conocimiento con los posibles usuarios (pacientes y personal de enfermería) fue necesario indagar sobre las mejores evidencias de cómo realizar y enseñar autocuidados a pacientes mastectomizadas, lo que llevó a la realización de la revisión integradora, resultado que se explica a seguir, en el siguiente subcapítulo.

3.2. Resultados etapa 2. Revisión integradora (síntesis del conocimiento).

Para Flores-Mir, investigador canadiense, las revisiones para la síntesis del conocimiento son óptimas desde el punto de vista clínico, pues economizan un tiempo valioso, no obstante, lo que es realmente importante es como traducir las conclusiones publicadas a los pacientes, de manera consistente y satisfactoria.⁵⁹

Los métodos de revisión para la síntesis del conocimiento son relevantes tanto para la investigación como para la práctica clínica. Ellos han ofrecido beneficios para que los enfermeros accedan a la producción del conocimiento científico en la enfermería mundial, entre los cuales se destacan: identificación de lagunas del conocimiento para inversiones en la conducción de investigaciones; marco teórico o conceptual; exploración de métodos de investigación utilizados con éxito; reconocimiento de los profesionales que producen en el área investigada; además de mantener el grupo de investigación actualizado, al promover cambios de la práctica clínica como consecuencia.⁶⁰ Existen varios tipos de revisión para síntesis del conocimiento, entre ellos la revisión integradora.

Este tipo de revisión se reconoce como un estudio secundario que reúne y sintetiza resultados de investigación sobre delimitado tema o cuestión. Las unidades de análisis (los "participantes" del estudio) son los estudios primarios seleccionados de modo ordenado y predefinido. Permite la búsqueda, evaluación crítica y síntesis de las evidencias disponible del tema investigado, al tener como producto final o estado actual del conocimiento del tema estudiado, la identificación de lagunas que direccionen para el desarrollo de futuras investigaciones.⁶⁰

En los resultados de la revisión integradora realizada se seleccionaron siete artículos (Anexo 7) en los que la publicación más antigua data del año 2010 y el año de más producción fue el 2015; los países fueron México, España, Ecuador y Argentina. El objetivo de los estudios estuvo centrado en la elaboración de guías, protocolos y planes de cuidados para cuidados o autocuidados a pacientes mastectomizadas.

Las metodologías empleadas fueron básicamente mediante criterio de expertos, revisión bibliográfica y criterios de pacientes con la utilización de instrumentos cuantitativos. Los temas emergentes de los siete estudios fueron formato-aplicación y aspectos que se abordan en las propuestas elaboradas de cuidados o autocuidado a pacientes mastectomizadas, los cuales se desglosan a seguir.

Formato-aplicación: Un libro; ⁶¹, un manual; ⁶² y cinco guías de autocuidado en formato digital, ⁶³⁻⁶⁷ todos declaran su aplicación en las consultas de enfermería o en el servicio hospitalario.

Aspectos que abordan propuestas elaboradas de cuidados o autocuidado a pacientes mastectomizadas: cuidados y autocuidado durante la realización de la mastectomía, ^{62,66-67} convivencia con otros, que incluye la familia, ⁶³⁻⁶⁷ aspectos físicos y emocionales, ^{63,66,67} complicaciones, ^{62,65,67} ejercicios de rehabilitación, ^{62,65,66} autoexamen de mamas, ⁶⁴⁻⁶⁶ alimentación, sexualidad, vestimenta, ⁶⁵⁻⁶⁷ medidas antropométricas, valoración del estado general, ^{63,67} prevención de infecciones, linfedema, higiene y cuidados del brazo afectado, reconstrucción/prótesis de mama, ^{65,67} valoración inicial de la paciente, vigilancia de la piel, cuidados de soporte durante radioterapia por cáncer de mama ⁶¹ tratamiento del linfedema, imagen corporal ⁶⁶ y embarazo. ⁶⁷ Puede observarse la variabilidad de los aspectos que se abordan y que entre ellos hay elementos importantes para la prevención de complicaciones que sólo se encontraron en uno o dos artículos.

Otro componente a destacar es la forma en que fue elaborado, donde se observa escasa participación en la identificación de los sujetos diana, es decir de las mujeres afectadas, aspecto que en la investigación que se defiende en esta tesis fue fundamental para los

resultados que se podrán leer más adelante. En tal sentido la autora coincide con Ferreira Diego da Silva y colaboradores que afirman que *“los profesionales deben ser conscientes de la importancia de tener datos sistematizados en las unidades de salud para que puedan desarrollar sus actividades de manera racional y organizada, a medida que las enfermeras llegan a conocer la realidad local y las vulnerabilidades de la población”*.⁶⁸

3.3. Resultados etapa 3. Diseño de la intervención de enfermería para paciente mastectomizadas.

Esta etapa incluyó tres fases del modelo KT (ver figura 7), las cuales fueron:

- elaboración de la herramienta o producto del conocimiento, última fase del ciclo de creación del conocimiento.
- identificar, revisar y seleccionar
- adaptar el conocimiento al contexto local

A continuación, se analizan los resultados de cada una de estas fases.

La fase de elaboración de la herramienta o producto del conocimiento se realizó en esta investigación mediante la triangulación de resultados, donde se integraron las necesidades de autocuidado identificadas por las pacientes mastectomizadas y descritas por los profesionales de enfermería, concretadas en la categoría y subcategorías descritas en el acápite 3.1, con la evidencia científica de la síntesis del conocimiento obtenida mediante la revisión integradora.

El empleo de este método fue de gran valor para el resultado obtenido.

Como se comentó en el segundo capítulo, dadas la profundidad y extensión de las necesidades de autocuidados identificadas por pacientes y personal de enfermería, fue necesario, además de lo encontrado en la revisión integradora, realizar otras búsquedas

bibliográficas, en libros, ⁴²⁻⁴³ tesis, ⁴⁴⁻⁴⁷ y protocolos. ⁴⁸ Con todo ello se logró incluir todas las necesidades de autocuidado identificadas por las pacientes. A continuación, se presenta el cuadro 2, donde se explican los resultados de la triangulación que facilitó el diseño de una guía de autocuidados para pacientes mastectomizadas.

Cuadro 2. Triangulación de resultados de las entrevistas grupales focalizadas y la revisión integradora para la síntesis del conocimiento.

Investigación del conocimiento	Síntesis del conocimiento	Herramienta o Producto
Entrevistas grupal focalizada	Revisión integradora	
Subcategoría: Material impreso con información <i>“un material que me pueda llevar a mi casa, un librito con información, algo que nos guíe como cuidarnos”</i>	Guía autocuidado	Guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas
Subcategoría: Informaciones necesarias		
<i>“información sobre qué es el cáncer de mama y la mastectomía, cuidados durante la hospitalización, actividades que pueden realizar”</i>	Cuidados generales	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales durante la hospitalización - Cuidados en el hogar - Que es cáncer y mastectomía
<i>“cuidados a tener con el brazo afectado, ropas a utilizar, cómo realizar autoexamen de mama”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene con el brazo afectado - Vestimenta - Autoexamen de mama 	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene con el brazo afectado - Vestimenta - Autoexamen de mama
<i>“actividades que pueden realizar, información sobre trabajo que podemos hacer, deporte, alimentación y tratamientos”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo - Deporte - Alimentos - tratamientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Vida laboral - Deporte y recreación - Alimentación - Otros tratamientos
	Otras fuentes bibliográficas	
<i>“si pueden tener hijos, posibles complicaciones, aspectos psicológicos, imagen corporal interna y externa”</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Libros - Tesis - Protocolos de actuación de la consulta 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención psicoemocional - Embarazo pos mastectomía - Imagen corporal interna y externa - Complicaciones
<i>“reconstrucción o uso de prótesis de mama, ejercicios de rehabilitación a realizar, consulta de consejería de enfermería”</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Reconstrucción de mamas y prótesis externa - Ejercicios de rehabilitación - Consulta de consejería

La triangulación que se muestra en el cuadro 2 permite visualizar la integración del conocimiento popular con el científico que da sentido al modelo de traducción del conocimiento. Con lo cual fue posible la elaboración de la primera versión de la guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas.

Dimas De Oliveira, citando a Collière, afirma que en el contenido del cuidado debe llevar a la búsqueda de encontrar un punto de contacto y equilibrio entre los saberes científicos y los saberes culturales de tal forma que se comuniquen.²⁴ Los resultados de esta fase responden a esta afirmación.

También los resultados obtenidos para la elaboración de la guía guardan similitud con lo descrito por Hernández Zambrano y colaboradores⁶⁹, los que hacen referencia al valor de las metodologías participativas para los diseños y refieren que *“son elaboradas por profesionales y ciudadanos a través de metodologías participativas. Con ello se pretende establecer sinergias entre los profesionales de la salud (expertos en conocimientos clínicos y científicos) y los ciudadanos (expertos en conocimientos experienciales y vivenciales) para que asuman un papel activo en la generación de conocimientos útiles, que den respuesta a los problemas de salud. La metodología se fundamenta en las bases conceptuales de la Investigación-acción participativa que transforma el papel de aquellos que usualmente participan como los sujetos de la investigación y los involucra como investigadores activos y agentes del cambio. Aquellos afectados por el problema son los actores principales en la generación, validación y uso del conocimiento para la acción. El investigador es, por lo tanto, un facilitador de procesos de empoderamiento”*.

Un aspecto llama la atención en la diferencia con el estudio realizado para esta tesis. Dado por el modelo empleado como referente metodológico y es que además de establecer sinergias entre los profesionales de la salud (expertos en conocimientos clínicos y científicos) y los ciudadanos (expertos en conocimientos experienciales y vivenciales) se incluye la integración con las evidencias científicas generadas mediante los métodos para la síntesis del conocimiento.

Otros estudios abordan programas con la finalidad de enseñar sobre autocuidado desde el postquirúrgico inmediato y su seguimiento en el hogar para la vida, así como tener en cuenta la rehabilitación desde el primer momento. Al respecto Mayoret Fabiola ⁷⁰ refiere que *“un programa de seguimiento en pacientes hospitalizados después de recibir alta médica hospitalaria, puede ser considerado como una adecuada herramienta o método para su seguimiento, que mejora la atención y satisfacción general. La rehabilitación debe ser iniciada en el hospital, con asistencia especializada multidisciplinaria, enseñando el autocuidado... al paciente y su familia”*.

Dicha recomendación se reflejó en la síntesis del conocimiento de una revisión integradora realizada por Menis y colaboradores, ⁷¹ en la que se afirman que *“la rehabilitación debe ser iniciada en el hospital, con asistencia especializada multidisciplinaria al paciente y su familia, enseñando el autocuidado..., así como estrategias para el retorno laboral...”*.

Estas recomendaciones también forman parte de la primera versión de la guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas, en congruencia con la traducción del conocimiento científico al popular. Basados en la idea de que un profesional especializado conduzca el proceso de implementación de la guía se tomaron las decisiones de la siguiente fase.

De ahí que se consideró que es el personal de enfermería quien debe coordinar y realizar el proceso de implementación de la guía, es por ello que dentro de la fase de identificar, revisar y seleccionar del modelo KT se realizó la capacitación de dicho personal en las especificidades que contiene la guía. La modalidad empleada, como se refirió en el segundo capítulo, fue el taller, éste permitió en primer lugar la actualización con la evidencia científica en los principales aspectos de la temática de estudio, así como revisar la herramienta creada en el ciclo de creación del conocimiento e identificar y seleccionar las vías y formas de aplicarla en la institución de estudio.

De acuerdo a un estudio previo realizado por la autora de la tesis que midió el nivel de conocimientos de los enfermeros sobre los cuidados a las pacientes mastectomizadas los resultados mostraron un adecuado nivel de conocimientos. No obstante, existían algunas carencias relacionadas con los rubros de autocuidado al egreso, en los que su orientación es fundamental para la movilización de drenajes, cubrir el brazo afecto con calor, la reincorporación al trabajo, la realización moderada de deportes y guiar los ejercicios de rehabilitación.⁷²

La realización del taller se organizó en cuatro sesiones teóricas que completaron 12 horas de trabajo y 36 horas de práctica en los servicios, para un total de 48 horas. Los temas abordados fueron: el conocimiento científico como fundamento del autocuidado, ética en el autocuidado de las pacientes y guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas. (Anexo 2). Participó personal de enfermería vinculado al cuidado en el proceso de cirugía por cáncer de mama, para un total de 30, ocho enfermeros Técnicos y 22 Licenciados, para mejor funcionalidad

de las dinámicas grupales se dividieron en tres grupos, como ya se comentó en el segundo capítulo.

Entre los resultados de la técnica utilizada para la evaluación del taller (PNI) se destacan en las voces de los participantes como positivo:

“... fue un intercambio fructífero, muy bueno (E5) ...aprendimos sobre Orem y los autocuidados para la mastectomía, (E2) ... fue buena la preparación del taller, (E1, E3 y E8-E9, E11 y E24) ...hemos aprendido muchos aspectos necesarios para poder guiar a las pacientes” (E13, E26-30) ... que sea este hospital el pionero en esta idea es muy bueno (E4) ... la calidad de la profesora (E6-E7, E10) ... la calidad de los contenidos aprendidos (E12, E14-E19), ...la integración del grupo para trabajar (E20,E21), ...lo bien que nos sentimos en estos talleres” (E5,E22-23,25).

En lo negativo dos personas consideraron:

“...pocos días la capacitación (E4, E7),...más tiempo para reunirnos” (E12, E15).

En lo interesante emergieron opiniones favorables como:

“...es un tema muy sensible y necesario (E3, E5, E6, E8),...saber que en el hospital se está realizando este proyecto (E1, E8 y E29),...que se tenga en cuenta nuestras opiniones y la de las propias pacientes (E2 y E15), ...la dinámica del taller” (E6-E9).

Incluir al personal de enfermería como parte de la intervención responde a las pautas del modelo KT, que declara que en esta fase “*el investigador puede utilizar diferentes métodos y técnicas, siempre que involucre activamente al público del conocimiento (usuario, profesional o administrador)...*la selección de los participantes dependerá de la coherencia con la población objetivo del conocimiento”.²⁸ También responde a la concepción teórica

de Orem, en la que se declara que *“La enfermería es una misión práctica... realizada por personas con un conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la práctica de enfermería”*¹³

Las enfermeras deben ser modificadores profesionales del contexto en el que se insertan y, para esto, es esencial que su capacitación proporcione el desarrollo de habilidades y destrezas para la implementación práctica de las tareas encomendadas.⁷³ Esta afirmación coincide con Mayoret Fabiola⁷⁰ cuando afirma que *“la enfermera como parte del equipo de salud es responsable directa, que tiene como función el nivel preventivo promocional y atiende las necesidades de la educación que tiene el ser humano, es necesario investigar con el propósito de demostrar la efectividad de los programas educativos...”*

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) *“la educación es más que una simple transmisión de información y memorización ya que debe existir una participación para modificar ideas, creencias, actitudes erróneas y crear nuevos hábitos que garanticen la promoción de la salud, es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva, es una parte del proceso asistencial, que incluye la prevención, el tratamiento y la rehabilitación”*.⁷⁴ En tal caso para Enfermería en su rol de educadora esta definición se debe aplicar cuando de intervenciones sobre autocuidado se investigue.

Así se confirma en los estudios que evalúan la efectividad de intervenciones de enfermería para la mejora del autocuidado,^{70, 75-77} donde sus autores se pronuncian a favor del valor de

mejorar la preparación del personal de enfermería para garantizar la aplicación y los mejores resultados. Aspecto que se tuvo en cuenta en la investigación que da salida a esta tesis.

Por ejemplo, Cruz Acha, Panco Tapia,⁷⁵ profesionales peruanos, en sus estudios sobre la efectividad de un programa educativo para mejorar el autocuidado en pacientes con ostomía manifiestan que “... *el rol de la enfermera, consiste en ayudar al paciente a que logre conseguir el autocuidado, utiliza cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar*”.

Por su parte Almendárez y colaboradores, en un estudio pre-experimental sobre prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados, afirman que “*el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado se incrementó en los pacientes, después de la intervención educativa de enfermería*”.⁷⁶ Y Culha y colaboradores en una investigación sobre eficacia de la educación de autocuidado en pacientes con estomas manifiestan que “*el individuo que recibe la suficiente educación sobre la enfermedad tendrá suficiente autocuidado, independencia y adaptación*”.⁷⁷

En el caso de estudios cubanos que han realizado intervenciones de enfermería sobre autocuidados se registran resultados similares, tanto en pacientes como cuidadores. Pues en los mismos se capacitó al personal de enfermería con un papel protagónico en la intervención, es el caso de Expósito Concepción,¹⁵ Vázquez Rodríguez,¹⁶ Enrique González,¹⁸ Naranjo Hernández,¹⁹ Figueredo Villa.⁷⁸

En la segunda fase del ciclo externo, “adaptar el conocimiento al contexto local” en este estudio, se realizó la selección de expertos, los que quedaron conformados por 15 en total, de estos nueve médicos, tres enfermeras, una fisiatra, una nutrióloga y una psicóloga. Con

un promedio de experiencia en la labor de 20 a 35 años, de estos 11 máster, tres con categoría docentes auxiliares, dos asistentes y seis con categoría de investigador.

Según Urrutia y colaboradores ⁷⁹ *“no existe un consenso que defina las características de un experto, es fundamental que éste conozca sobre el área a investigar, ya sea al nivel académico y profesional o uno de ellos y que, a su vez, conozca de áreas complementarias. Sin embargo, otros autores son más enfáticos al momento de definir quién es experto y consideran como requisito, por ejemplo, que cuente con al menos cinco años de experiencia en el área. Todo esto obliga a que la muestra sea intencionada. Se deben definir las características del experto y, a la vez, determinar el número de ellos...”*. En esta investigación se utilizaron los criterios señalados para la selección de los expertos, con lo cual se garantizó la calidad del dato que se extrajo.

En los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, de acuerdo a la metodología de Barraza Macías, ⁵² se obtuvo una puntuación media por encima de 2.6, lo que confirmó una fuerte validez de contenido. Aspecto que le ofreció rigor a la tecnología educativa diseñada, la guía de autocuidado para mujeres mastectomizadas.

Posterior a los resultados del criterio de expertos y como parte de la fase de adaptación del conocimiento al contexto local, se organizaron los ítems de las sesiones por sus contenidos, se agruparon por aspectos para evitar repeticiones y se incorporaron otros elementos en dos ítems (Anexo 4). Las especificidades se describen a continuación:

- Sesión “A” se eliminó la movilización temprana, dado que está comprendida en sesión “N” sobre ejercicio de rehabilitación.
- Sesión “B” los cuidados generales a tener ante las temperaturas extremas, se eliminaron de la sesión “C” y “D”.

- Sesión “G” se agregaron otros medios de distracción, como lectura, televisión, música
- Sesión “M” sobre reconstrucción, se agregó la remisión para la realización en la capital del país.
- Sesión “E” y “J” se reiteraba el uso de la prótesis y se quitó, y se dejó solo incluida en la sesión “N” que responde a dicho tema.

Con estos resultados, la autora de la tesis realizó intercambio con la diseñadora para definir la elaboración de la segunda versión de la guía de autocuidado para mujeres mastectomizadas. El objetivo de dichos encuentros fue incluir en el diseño las sugerencias de las pacientes correspondientes a la subcategoría “material impreso con información” descrita en el subacápite 3.1 de este capítulo.

Los resultados de esta fase se corresponden con lo planteado por Zambrano y colaboradores en su artículo, sobre “Cómo elaborar Guías de Recomendaciones de Autocuidado para Pacientes y Cuidadores”.⁶⁹ En el mismo describen que *“el formato establecido consta de siete apartados: presentación del documento, información general del problema objeto de la guía, recomendaciones por temáticas, recursos para pacientes y cuidadores, autores e instituciones que participaron en la elaboración y bibliografía”*.

Estos autores también hacen alusión a la “utilidad” cuando se refieren a la utilidad esperada como *“la información contenida en estas guías se ajustada al lenguaje de los ciudadanos, es rigurosa pero fácil de comprender y favorece la toma de decisiones a partir de las mejores evidencias disponibles. Para las enfermeras clínicas se convierte en un instrumento novedoso orientado al diseño de materiales educativos basados en la evidencia científica”*.

3.4. Resultados etapa 4. Barreras y facilitadores para el uso del conocimiento.

En la tercera fase del ciclo externo, donde se efectuaron tres grupos de discusión para la identificar barreras y facilitadores para uso del conocimiento, emergieron tres categorías y una de ellas con cuatro subcategorías, es el caso de “facilitadores para la aplicación de la guía” con las subcategorías “contenidos comprensibles”, “utilidad”, “aplicabilidad” y “formato amigable”. La segunda categoría: “barreras para la aplicación de la guía” y finalmente la categoría “recomendaciones para la aplicación de la guía”. Las cuales se analizan a continuación.

Categoría: facilitadores para la aplicación de la guía.

Esta fue la categoría de mayor peso en los resultados, lo que habla a favor de la adecuada contextualización de los contenidos y las bondades de la guía elaborada, así se describe en las voces que respaldan las subcategorías, como se puede leer a seguir.

Subcategoría: contenidos comprensibles.

“...lo más importante es el contenido, está muy educativo, preparado para nosotras que estamos operadas (M6,M7), ...y aquellas que se van a operar o que tenga algún problema (M7), ...y para el que no tiene esta enfermedad que se proyecte en base a esto (M6), ... está muy instructivo, muy bueno, muy argumentado,... está muy bien pensado, con un lenguaje que llega a todos los pacientes, claro... la guía esta excelente, abarca todo lo que es necesario conocer, ... lo que importa es el contenido, lo que tiene el material (M8), ... está bastante bueno, bien instructivo (P2) ... se entiende bien (E1, E4) ... se entiende perfecto (E6), ... y tiene todos los aspectos

necesarios para el autocuidado (E1), ...los tratamientos están bien explicaditos (E4), ... se ve el ejercicio que la mujer hace, como está ilustrado, está entendible, de fácil comprensión (E5), ...términos científicos están explicados en la guía (E8), ... no quitar nada” (M1, M2, - M5, M7, M8).

En la subcategoría: Utilidad.

“...muy importante porque es una guía para cuando uno se opere (P3), ... explica cosas que yo no sabía (M2, M7), ... ese mismo ejercicio de la arañita ... no lo sabía, sin embargo se pueden hacer (M2), ...para saber qué hacer en el momento indicado (M2, M4), ...no sabía tampoco de muchos ejercicios y los tenemos para seguir ...todo el que viene a verse que quiera saber, que se ve algo anormal en la mama y quiere saber (M3), ... para todos tener conocimiento (M4), ...a veces incluso hay desconocimiento de esto, le agradecemos que tengan la intención de expandir este conocimiento...vine tardío, por tener desconocimiento de esta consulta... uno debe tener este conocimiento (M6), ... tener conocimiento y saber antes (P1), ...después a la hora de la recuperación sabe, conoce (P4), ...yo ahora lo estudio, es bueno conocer lo que puede o no sobrevenir (P6), ...la mujer debía conocer todos los cuidados (E7), ...para que conozca todos los ejercicios ...para que la paciente sepa todo lo que le va hacer la enfermera, todos los ejercicios que tiene que hacer (P5), ...este instructivo que tenemos en las manos, podemos hacer uso de él...lo podemos compartir entre nosotras o entre las familias, se lo comunican y saben cómo atravesar por la enfermedad (M5), ... a veces las doctoras no tienen tiempo en las consultas para dar estos pequeños detalles que necesitamos” (M6).

Subcategoría: aplicabilidad.

“...se puede aplicar a todas las pacientes (E7),...no debe tener dificultad para aplicarla (M1, M6),...es económica y muy factible, se puede mantener (E3),...barreras, no debe haber (E7),...a veces las doctoras no tienen tiempo en las consultas para dar estos pequeños detalles que necesitamos (M6),...está muy aplicable.” (E5)

Subcategoría: formato amigable.

“... está muy buena (M2, P4, P5, E3, E7),...muy bien hecho (M2),...está perfecto... (M1, P2-P5, E5-E7), está bien el color (M3, P5), ...está muy, muy bonito, muy bien, abarca todos las cosas, toda la información que necesitamos...está muy bien ajustado (M7), ...muy fácil de manipular (M8),...buen tamaño, adecuado (P3, P5), ...todos los aspectos aparecen en la guía, las imágenes más importantes las tienen... tiene todo (P5), ...está bastante completa (P6, E2, E7, E5), ...el formato es adecuado (E1, E4-E5, E7-E8), ...claro y muy fácil de manipular (M8), ...más cómodo para el paciente en formato impreso.” (E6)

En estos resultados las cuatro sub-categorías que emergieron fueron de gran valor para identificar las bondades de la guía diseñada. Dentro de ellas existen dos que esta autora considera determinantes como sustentos para la implementación, es el caso de la utilidad y la aplicabilidad.

Según Rodríguez, en un artículo sobre “Elementos clave para definir el concepto de utilidad en la información financiera”, en el que realiza un análisis del término y describe que etimológicamente, proviene del latín *utilitas*, que significa cualidad de útil; para la Real Academia Española. Dicha cualidad se basa en el provecho o beneficio que se obtiene de algo, que pasa por el interés o fruto que se consigue, lo que satisface así, las necesidades humanas al momento de tomar decisiones.⁸⁰ Es por tanto la utilidad un elemento fundamental a identificar antes de planificar la implementación de cualquier herramienta o producto que se diseñe.

En cuanto a la utilidad de la guía diseñada se corresponde en su totalidad a lo referido por los autores españoles Hernández Zambrano y colaboradores⁶⁹ los que plantean que *“las guías para pacientes son instrumentos metodológicos que tiene una doble utilidad, la información contenida como ayuda a pacientes, familiares y cuidadores para generar conductas dirigidas a su propio cuidado. Se ajusta al lenguaje de los ciudadanos, es rigurosa pero fácil de comprender y favorece la toma de decisiones a partir de las mejores evidencias disponibles. Por tanto, facilita su labor en la educación para la salud y promueve la generación e implementación de evidencias en su relación cotidiana con pacientes y cuidadores”*.

Por otra parte, la aplicabilidad, se refiere a la cualidad de aplicable, es decir todo aquello que se puede o se debe aplicar.⁸¹ Por lo que si los usuarios del conocimiento, en términos del modelo KT, consideran que la guía posee condiciones para ser aplicada, en la que una de las razones parece ser la utilidad, estos resultados se reafirman como facilitadores de peso para la toma de decisiones.

Para Siqueira y colaboradores, las tecnologías educativas en formato impreso, como guías y manuales, por la capacidad de mediar discusiones y diálogos, permiten al público usuario ampliar su lectura y su conocimiento acerca del asunto, propician la reflexión sobre sus comportamientos y acciones y el desarrollo de su autonomía de decisión.⁸² Estos aspectos se reflejan en la guía propuesta y así se puede observar en la subcategoría de formato amigable.

Categoría: barreras para la aplicación de la guía.

En esta categoría fueron escasos los comentarios, solo emergió la barrera económica, lo cual se espera no sea como tal, dado que fue aprobada en noviembre del 2019, por el consejo de dirección de la institución, la implementación de la intervención después de concluida la investigación. Las voces que respaldan esta categoría son:

“...barreras económicas para mantenerse” (E5), “... por los problemas, que, si no hay todos los recursos, que, si no hay papel, “(P4).

Categoría: recomendaciones para la aplicación de la guía.

Esta categoría es de gran interés para la organización de la implementación de la intervención en tanto confirmó la idea de la realización de la consulta de consejería. Se sugirió repartirlo en las consultas antes de operarse el día de la planificación de la cirugía, que el facilitador de dicha consulta sea la enfermera, en las voces a seguir se puede leer:

“...Repartirlo en consulta (M4, M7, P5-P6, E2-E3, E5) ...cuando se decide la cirugía (E2) ...antes de la operación (M2, M6-M7, P1, P3, P5-P6), ...en el mismo salón de espera repartir algunos, hablar sobre estos temas, en contacto con los consultorios médicos (M6), ...el día que se operan (P2), ...cuando estén en la sala (E5-E7) ...que

lo tengan las que de verdad lo necesitan, a las que se van operar, las que tienen el problema (P5) ...en cualquiera de los momentos porque cuando ya la paciente sabe que se le va a hacer un BAAF, ya se preocupa y se le debe dar educación sanitaria,...desde el primer momento (E7) ...la persona que nos oriente con la guía debe ser la enfermera de la consulta (P4, P6) ...que los administrativos del hospital lo tengan en cuenta en el presupuesto para realizar las impresiones y se pueda entregar a todas las pacientes (E1), ... posteriormente evaluar la efectividad (E6), ...si ustedes tuvieran el marco y la oportunidad de expandir esto en la radio difusión sería muy saludable (M6), lo factible fuera llegar a todos de una manera u otra, no tan solo impresa sino como dice ella a través de los medios de difusión (M8) ...es importante también que llegue al familiar”. (P2)

La riqueza obtenida en estos resultados reafirmó la acertada decisión de utilizar el grupo de discusión como técnica para obtener los datos. En tal sentido Loyo y colaboradores refieren que *“trabajar con el grupo de discusión como generador de discurso social, lo que es el equivalente a un contrato de reflexión... el grupo se refleja como grupo social en la sociedad, representado por el moderador, el único diferente a ellos. A su vez, el moderador se compromete a actuar como un espejo, a devolver al grupo el discurso producido por el grupo. Éste se convierte prácticamente en un facilitador del discurso de los participantes del grupo de discusión”*.⁵⁶

La idea de entregar la guía antes de la cirugía que permita preparar a las pacientes con antelación ha sido reconocida como una buena práctica, así se puede leer en el estudio realizado por Schweitzer y colaboradores⁸³ en el que narran que *“el uso de un protocolo de educación pre procedimiento resultó en mejores resultados de los pacientes y un mayor*

conocimiento y confianza del cuidador y fue considerado un cambio positivo por parte de los proveedores. A menudo, la educación es una parte olvidada de un procedimiento médico, y la importancia de la educación generalmente solo se reconoce después de que ocurra un evento adverso”.

El personal de enfermería como coordinador o facilitador de los procesos educativos ha sido reconocido con buenos resultados, así se demuestra en una revisión sistemática sobre el impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España en la que se declara que las intervenciones de mayor impacto fueron la gestión de casos, la práctica avanzada, los programas de atención domiciliaria desde atención primaria y la telemonitorización y que las mismas demuestran resultados favorables en efectividad y satisfacción.⁸⁴

3.5. Intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de pacientes mastectomizadas

La intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de pacientes mastectomizadas comprende dos componentes; la guía de autocuidado y la organización del servicio para su aplicación, se explicará cada uno en este subacápite.

Como ya se expuso en el segundo capítulo la guía de autocuidado se trabajó con y para las pacientes mastectomizadas, desde la perspectiva del carácter participativo de la investigación que se realizó. Esta estuvo basada en los aspectos de autocuidado que ellas sugirieron e integrado al conocimiento científico, así como su adaptación al contexto local con informaciones precisas redactadas en un lenguaje claro, sencillo, fácil de entender para una mejor comprensión.

A la luz de este análisis se puede acudir a lo planteado por Lorenzini y colaboradores,⁸⁵ que afirman que, en los últimos años, se han observado transiciones generalizadas sobre la forma en que la investigación es proyectada, implementada y evaluada. Cuando se planifica un estudio, es fundamental que se considere, prospectivamente, las maneras de realizar la investigación que maximice la relevancia y aplicabilidad, así como los resultados del estudio pueden impactar positivamente los cuidados de salud cuando esos resultados son producidos, diseminados, discutidos y comprendidos colectivamente, por los usuarios del conocimiento.

El modelo KT da la oportunidad de hacer exactamente eso, porque involucrar a los usuarios del conocimiento desde el inicio con lo que ayuda a garantizar que los problemas más críticos sean identificados. Y las propuestas de soluciones respondan a las necesidades y percepciones de quienes más lo necesitan. Como ocurrió con la “Guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas”.

Dicha guía puede leerse en el apéndice 1 de la tesis. La misma quedó conformada por una portada que contiene título, institución y autores, índice sobre los contenidos con 13 temáticas, que incluyen presentación de la guía, información general sobre el cáncer y la mastectomía, que hacer hospitalizada, que hacer en la casa y dentro de este aspecto cinco subíndices sobre los cuidados con el brazo afectado, vida laboral, vestimenta, alimentación, deporte y recreación.

Otros temas son sobre si puede tener hijos, aspectos psicológicos, imagen corporal interna y externa, posibles complicaciones, otros tratamientos para el cáncer, reconstrucción o prótesis, ejercicios de rehabilitación, autoexamen de mama con un subíndice sobre los signos de alarma y por ultimo explica la consulta de consejería de enfermería.

Uno de los aspectos de importancia abordados en la guía diseñada, es el psicológico. Dado que se debe trabajar con el impacto estresor, de ansiedad y depresión que genera enfrentarse a la enfermedad y a la cirugía, en este caso la mastectomía. Es fundamental brindar educación sobre la enfermedad para lograr un autocuidado adecuado y adaptarse a la nueva situación de salud.

Otros estudios valorizan la educación sobre la enfermedad para lograr un autocuidado adecuado, como es el caso del realizado por Cruz Acha y Pamo Tapia,⁷⁵ en una intervención a pacientes con ostomía, al referir que *“el individuo que recibió la suficiente educación sobre la enfermedad tendrá suficiente autocuidado, independencia y adaptación”* concluyó que el programa educativo fue efectivo en la disminución de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en las madres, de los recién nacidos que tienen una colostomía.

En cuanto al diseño de la guía, la misma posee una tipografía pequeña, manuable en formato de libro con medidas de 14 por 22 cm, la portada de color rosado y blanco, con la imagen de una rosa que intenta transmitir la simbología de la mujer como flor, con la analogía de los pétalos como parte del cuerpo, donde la pérdida de uno ellos, no implica la pérdida de la esencia humana, como es el caso de la mastectomía, aspectos considerados muy bien en las voces que avalan la categoría “formato amigable”. Otro símbolo utilizado fue el lazo color rosa de la lucha contra el cáncer de mama. Ver Figura 9.



Hospital oncológico Dr. Celestino Hernández Robau
Msc. Magny Martín Hernández
Diseñada por: Lic. María Laura García
Año: 2020

Figura 9. Imagen de la portada de la guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas.

La guía, además, contiene en su interior imágenes de apoyo, como puede observarse en la figura 10, en los aspectos que se consideró oportuno como vestuario, alimentación, apoyo psicológico, imagen corporal y consulta de consejería. Contiene una parte dedicada a la rehabilitación que incluye una tabla de ejercicios con imágenes que detallan cada uno, dos para realizar en el hospital, recién operada y 14 para realizar después del alta en su casa y para la vida, así como imágenes de cómo realizar el autoexamen de mama. (Figura 10)

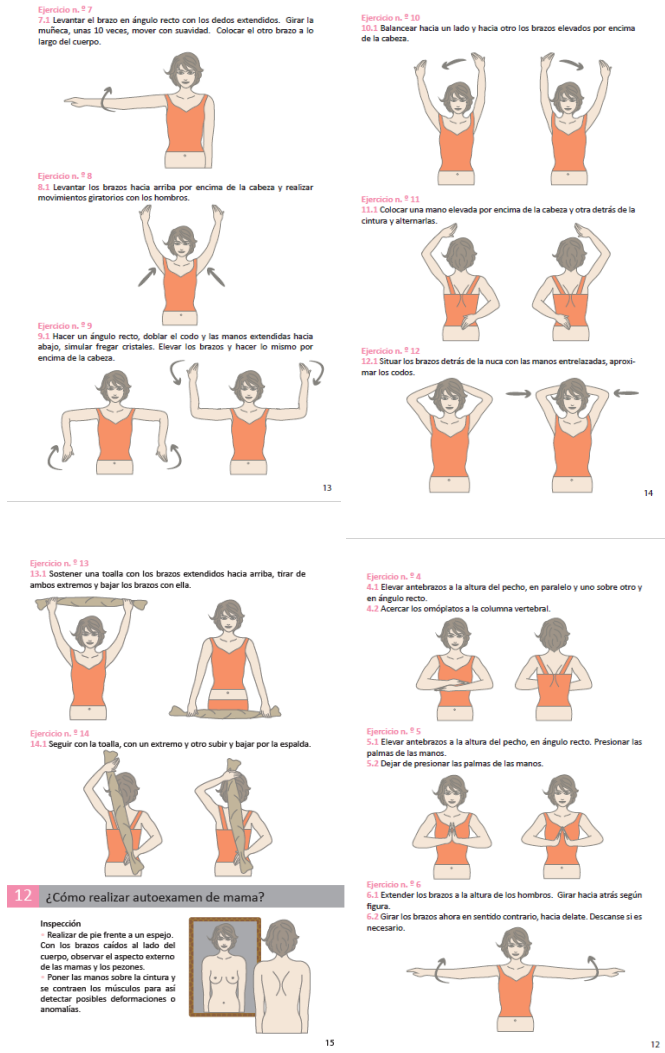


Figura 10. Ejemplos de imágenes que respaldan el texto en la guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas.

Otro aspecto de la guía es que al dorso de la portada describe que es el resultado de un proyecto de investigación, con la información de lugar, periodo de estudio, datos de la autora, que incluyen su dirección de correo electrónico para contacto si fuera necesario y la sugerencia de acudir a la consulta de consejería ante cualquier situación.

Un elemento interesante de los resultados del estudio son las diferencias y similitudes de la guía de autocuidado diseñada con otras guías encontradas en la revisión integrativa. Entre las

similitudes puede mencionarse la lengua en que fueron todos escritos, el castellano, descritos como de fácil acceso, ⁶³⁻⁶⁴ aplicable ^{61,66} y en tres de ellos, se declara la posibilidad de su disponibilidad en las consultas, ^{61,64-65} así como la declaración de objetivos realizados para informar, sensibilizar, ayudar a tomar decisiones sobre el cáncer de mama y sugerencias para el autocuidado.

Entre las diferencias se pueden señalar el formato, cinco de ellos son digitales, ^{61,64-67} uno un libro ⁶¹ y manual uno, ⁶² así como la variabilidad de los aspectos que se abordan y que entre ellos hay elementos importantes para la prevención de complicaciones que sólo se encontraron en tres artículos, de los autores Cuamatzi, Bañon Amat y Figueroa Portillo. ^{62, 65,67}

Otro aspecto a destacar de las diferencias es la forma en que fue elaborado. Dado que se observa escasa participación en la identificación de los sujetos diana, es decir de las mujeres afectadas, aspecto de suma importancia para los investigadores del tema en cuestión.

De acuerdo a Cruz Rivero, enfermera académica chilena, *“el cuidado se humaniza en la medida que se realiza como actividad consensuada donde se entremezclan saberes y existen responsabilidades, que posibilitan una mirada horizontal entre el profesional y usuario”*. ⁸⁶

Por lo que en la medida que las tecnologías educativas que se diseñen para el autocuidado cuenten con la participación activa de quien la utilizará, el cuidado será más humanizado.

En cuanto al segundo componente de la intervención de enfermería para el autocuidado de pacientes mastectomizadas, que incluye la organización del servicio para la aplicación de la guía, se propone el establecimiento de la consulta de consejería de enfermería. Basados en

que ésta constituye una acción autónoma de la profesión en la que se debe brindar atención integral a las pacientes, cuidados personalizados para la enseñanza de autocuidado mediante la guía y se debe realizar desde que se programa la cirugía. Por lo que el personal de enfermería formará parte de la consulta interdisciplinaria, a la que las oncomástologas derivarán los casos según las programaciones quirúrgicas.

Para Lewis, Diedrichs y Harcourt es de gran importancia que los profesionales desarrollen intervenciones que abarquen a personas de modo integral, ultrapasando la óptica de la enfermedad para contemplar otras cuestiones como el contexto sociocultural. Inmersas en una sociedad que se ocupa de la belleza física y la apariencia, la mujer puede ser influenciada por ese contexto.⁸⁷ De ahí que sea necesario indagar en cómo está siendo para ellas lidiar con los cambios corporales y con los preconceptos que emergen del medio donde ellas habitan.⁸⁷

De acuerdo a la experiencia del Colegio de enfermeras del Perú *“La consulta de enfermería es un proceso de atención directa, en el cual se realiza promoción de la salud, prevención y rehabilitación de forma integral con participación de la familia. El profesional de enfermería centrará específicamente su trabajo en la parte preventiva dentro de su competencia... Por tal motivo la consulta de enfermería es un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes que reduce el impacto emocional, genera el compromiso de la familia para el cumplimiento del tratamiento y fomenta un cambio en el estilo de vida del paciente, empoderándolo de conocimiento, con la finalidad de aumentar su autocuidado, bienestar y aceptación de su enfermedad.”*⁸⁸

La propuesta de organización de los servicios se basó en los resultados obtenidos en esta investigación, especialmente en la fase del modelo KT de identificar barreras y facilitadores. Así como en resultados de estudios que demuestran que la consulta de consejería de enfermería es una buena práctica para la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, todo ello puede corroborarse en los ejemplos de estudios que se describen a continuación.

Vílchez-Barboza y colaboradores,⁸⁹ en un ensayo clínico controlado que midió la efectividad de la consejería de enfermería personalizada, presencial y telefónica dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipidemia y sobrepeso) y al mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud. Describen entre los resultados que en mujeres del grupo intervención, presentaron aumento significativo con respecto al grupo control, en componentes de salud física y mental; disminución de: peso, circunferencia abdominal, colesterol total, colesterol lipoproteínas de baja densidad e índice de aterogenicidad.

El estudio también manifiesta que en hombres del grupo estudiado se reflejó como efectos atribuibles a la intervención: 1) aumento en dimensiones del rol físico y emocional; 2) disminución: presión sistólica y diastólica, circunferencia abdominal, colesterol total, colesterol lipoproteínas de baja densidad, índice de aterogenicidad, factor de riesgo cardiovascular y riesgo coronario a 10 años. Concluyen que la intervención fue una estrategia efectiva para el control de tres factores de riesgo cardiovascular y mejoría de calidad de vida relacionada con la salud.⁸⁹

Solís-Flores y colaboradores, ⁹⁰ en su artículo sobre la efectividad de la consejería de enfermería en pacientes pediátricos con rinitis alérgica afirman que *“la consejería personalizada de enfermería es una estrategia efectiva en la educación del paciente pediátrico y su familiar responsable, para el logro del buen manejo de la rinitis. Al educar integralmente, se fortalece al niño para ser el protagonista en su tratamiento farmacológico (adherencia al tratamiento) y no farmacológico, ya que es capaz de identificar la importancia de su medicación, signos y síntomas de alarma que conllevan a las recaídas. La clave es aplicar esta educación terapéutica de forma integral, sin subestimar la capacidad del niño para autocuidarse”*.

Dolores Ojeda M y colaboradores, ⁹¹ evaluaron el efecto de la consulta de enfermería al paciente renal en hemodiálisis sobre el cumplimiento terapéutico y concluyen que *“la consulta de enfermería mejora la adherencia terapéutica en dieta y medicación, relacionándose con un mayor tiempo de dedicación al tratamiento y mayor contacto con el cuidador principal”*.

Verenice Cazares y colaboradores, ⁹² mediante su estudio cuasi-experimental, evaluó los beneficios de una intervención de enfermería basada en consejería personalizada de enfermería, dirigido a pacientes neurológicos con diagnósticos de epilepsia, miastenia gravis, esclerosis múltiple, enfermedad vascular cerebral, lesión medular y aneurisma. Identificaron que el grupo de casos mostró mayor independencia, adherencia al tratamiento, realización de actividades recreativas y productivas, identificación de signos y síntomas de alarma, de rehabilitación oportuna y tuvo menos problemas de micción.

Dicho estudio concluye que *“la consulta de enfermería mostró notables beneficios, destacan la adherencia al tratamiento y el aumento de la independencia, lo que favorece su reincorporación al trabajo y otras actividades cotidianas”*.⁹²

Castro-Serralde,⁹³ mediante un estudio cuasi-experimental que evaluó el efecto de la consejería personalizada brindada por personal de enfermería y nutrición para conservar el funcionamiento renal en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica atendidos en una consulta externa, concluyeron que con la intervención se logró conservar el porcentaje de funcionamiento renal en los pacientes durante el periodo del estudio.

Díez Valladares y Piñeiro García,⁹⁴ enfermeras españolas mediante una investigación sobre la creación de una consulta de enfermería, que asuma el cuidado postquirúrgico del paciente pediátrico, concluyen que, con la creación de la consulta de enfermería posquirúrgica, se ha conseguido reducir en un 75,65% la carga asistencial de la consulta médica del cirujano pediátrico.

Fernández Landa y colaboradores,⁹⁵ mediante un estudio pre-experimental que analizó la efectividad de una intervención enfermera en Atención Primaria para la mejora de la preparación colónica de las personas que se realizan una colonoscopia de cribado. Describen que *“la realización de la intervención enfermera orientada a una mejor preparación colónica sigue la lista de comprobación estandarizado y disponible en la historia clínica, además de la llamada telefónica 24 horas antes de la colonoscopia, resultó efectiva en la mejora de la calidad de la limpieza colónica. También, ha supuesto la creación de un registro del proceso de atención de Enfermería”*.

Como puede observarse son varios los estudios que demuestran el valor y la efectividad de las consultas de enfermería. Tanto para tratamientos quirúrgicos, como para el control de enfermedades crónicas y su seguimiento. Se destacan también las consultas de consejería de enfermería, como es el caso de la propuesta para éste estudio. Es por ello que en la integración de la categoría emergente de “recomendaciones para la aplicación de la guía” y las evidencias científicas se logra el respaldo de una intervención de enfermería que responde a las tendencias actuales de la ciencia.

Investigaciones de otro tipo también resaltan el valor de las intervenciones de enfermería en el cuidado en mujeres mastectomizadas. Como el caso de Paiva y colaboradores, investigadoras brasileras, ⁹⁶ que a partir de un estudio fenomenológico sobre la atención de enfermería en la perspectiva de vida de la mujer que vivencia linfedema durante el tratamiento de cáncer de mama, consideran que *“frente al fenómeno develado por las mujeres mastectomizadas, se entiende que el personal de enfermería puede contribuir significativamente, tanto en la gestión de los cuidados con el brazo edematoso, como en la utilización de estrategias de educación para la salud, que propicie una mejor calidad de vida de las mujeres”*.

Incluir en la intervención la posibilidad de la consulta de enfermería también propiciará una mejora en la comunicación entre la enfermera y las pacientes. Al decir de una enfermera académica chilena, ⁸⁶ *“... el atributo de la comunicación permite comprender la interacción en el acto de comunicar y cuidar; desencadenaría el beneficio mutuo entre el personal de salud y el sujeto del cuidado...”*.

Como puede observarse son varios los estudios que demuestran el valor y la efectividad de las consultas de enfermería. Tanto para tratamientos quirúrgicos, como para el control de enfermedades crónicas y su seguimiento. Se destacan también las consultas de consejería de enfermería. Es por ello que estos resultados constituyeron el insumo para una intervención de enfermería que responde a las tendencias actuales de la ciencia.

Los resultados de esta intervención realizada mediante el empleo del Modelo de traducción de conocimiento, permiten concordar con otras autoras que lo han usado, como es el caso Vieira, Gastaldo y Harrison ⁹⁷ las que afirman que *“la razón de ser del Modelo KT es llevar los beneficios del conocimiento producido al mayor número de personas e instituciones posibles, con la evaluación del impacto de esas intervenciones tanto en la perspectiva de promoción de salud, como en la reducción de daños y sustituir o eliminar acciones terapéuticas que sean comprobadamente ineficientes e indeseables”*. La posibilidad de que la intervención elaborada en este estudio sea aplicada cumplirá con esa razón de ser.

Consideraciones finales del capítulo

- La triangulación de la percepción de pacientes y del personal de enfermería con los resultados de la revisión integradora permitió el diseño de una intervención de enfermería con la inclusión de los usuarios del conocimiento y la evidencia científica acorde a las mejores prácticas de la profesión.
- La guía diseñada como parte de la intervención de enfermería es útil y aplicable, dada la inclusión de los contenidos necesarios, comprensibles y su formato amigable, aspectos

declarados como facilitadores para su implementación. La que se completa con la idea de establecer una consulta de consejería de enfermería.

CONCLUSIONES

- La integración de la Teoría de Dorotea Orem en el Modelo de traducción del conocimiento permitió un diseño participativo de la Guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas, basado en sus necesidades, en los saberes profesionales y la síntesis del conocimiento científico.
- La exploración de la percepción de las pacientes y del personal de enfermería como punto de partida de la investigación permitió identificar las necesidades de conocimiento y sugirió tanto ideas, como los contenidos para el diseño de la guía de autocuidado de las pacientes mastectomizadas.
- El diseño de la guía para mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas del Hospital Dr. Celestino Hernández Robau, responde a las regularidades establecidas en la literatura científica, dado que permite que pacientes y familiares dispongan de información suficiente y puedan hacer frente a la enfermedad, adaptarse a la vida diaria de la forma más efectiva posible y favorecer de este modo el proceso de recuperación.
- Se pudo comprobar mediante la utilización del Modelo de traducción del conocimiento que la integración del conocimiento popular y el científico es una vía factible para diseñar tecnologías educativas que respondan a la vez a las necesidades y cultura de la población objeto de estudio y a las tendencias científicas.

- La intervención de enfermería para mejorar el autocuidado de pacientes mastectomizadas constituye una propuesta favorable al cambio para perfeccionar el servicio, en tanto comprende una guía de autocuidado y la creación de la consulta de consejería de enfermería como la forma de organización del servicio para su aplicación.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau de Santa Clara

- ✓ Incluir en el presupuesto del hospital la impresión de guías para las pacientes mastectomizadas
- ✓ Dar continuidad al estudio para la evaluación de la efectividad de la guía en el hospital

A la Dirección provincial de salud

- ✓ Extender los resultados del estudio mediante un proyecto multicéntrico para mejorar el autocuidado de las pacientes mastectomizadas en el territorio

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howard K Butcher, Gloria M Bulechek, Faan RN, Dochterman JM, Wagner CHM. Clasificación de intervenciones de enfermería (Nic) [Internet]. 7 ed. Barcelona: Elsevier España; 2019 [citado 16 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.google.com/books?hl=es&lr=&id=5RI9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=1.+Butcher,+Howard+K.,+et+al.+%C2%A0Clasificaci%C3%B3n+de+intervencione+s+de+enfermer%C3%ADa+2018&ots=Rkqm9g0M-l&sig=C3e2-Q-7zbS-CidL0EE6HwcUfX0>
2. Organización Panamericana de la Salud. Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de salud? [Internet]. Buenos Aires: OPS; 2018 [citado 16 Ene 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49146>
3. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud; entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Washington D.C: OPS; 1998.
4. Ocampo Rivera DC, Arango Rojas ME. La educación para la salud: Concepto abstracto, práctica intangible. Univ Salud [Internet]. 2016 [citado 26 Abr 2017]; 18(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2720/pdf>
5. Molero SF, Gutiérrez IL., Brugués AB, Ortega AB, Asensio IC, Padrés NF. Prescripción enfermera: análisis de concepto. Aten Prim [Internet]. 2019 [citado 16 Ene 2020]; 51(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.006>
6. Magalhães PAP, Loyola EAC, Dupas G, Borges ML, Paterra TSV, Panobianco MS. O significado das atividades laborais para mulheres jovens com neoplasias da mama. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [12 Jun 2020];29: [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20180422.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Cáncer, Nota descriptiva Febrero de 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 26 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
8. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cáncer de mama. Prevención. Bibliomed [Internet]. 2016 [citado 23 Abr 2019]; 23(5): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/05/bibliomed-mayo-2016.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Stat%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
10. Carrillo Salvador D, Olvera Gómez JL. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2019]; 22(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54637>
11. Ortega López RM, Tristan Rodríguez A, Aguilera Pérez P, Pérez Vega ME, de los Ángeles Fang Huerta M. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. Rev CUIDARTE [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2019]; 5(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181018.pdf>
12. World Medical Association. Declaración de Helsinki, Fortaleza, Brasil, Paris: Asociación Médica mundial [Internet]. Finlandia: WMA; 2013 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: https://www.uchile.cl/documentos/declaracion-de-helsinki-2013pdf_111779_0_3900.pdf

13. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 6 ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2015 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
14. Orem DE, Taylor SG, McLaughlin Renpenning K. Nursing: concepts of practice [Internet]. 6 ed. St. Louis: Mosby, 2001 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/nursing-concepts-of-practice/oclc/45103042>
15. Expósito Concepción MY. Intervención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012.
16. Vázquez Rodríguez Y. Autocuidado de pacientes hemodializados desde su cuidador [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2017. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH9s2bttnpAhUFh-AKHQQaCc4QFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Ftesis.sld.cu%2Findex.php%3FP%3DDownloadFile%26Id%3D770&usg=AOvVaw2jilTE4o6AUEN-vqcqcp_S
17. Cabral IE. Prática de saúde e enfermagem. En: Teixeira E. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. Porto Alegre: Editora MORIÁ; 2017. p. 31-6. Disponible en: <http://www.moriaeditora.com.br/nossas-publicacoes/desenvolvimento-de-tecnologias-cuidativo-educacionais>
18. Enríquez González C. Intervención de enfermería a cuidadores de infantes con trastornos por déficit de atención e hiperactividad [tesis]. Villa Clara. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2019.
19. Naranjo Hernández Y, Ávila Sánchez M, Concepción Pacheco JA. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con úlcera neuropática en la comunidad [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2016
20. Cabral E, Cardoso de Paula C, Garcia Vieira AC, Dimas de Oliveira J. Knowledge Translation – Modelo Conceitual de Transformação de Conhecimento Gerado na Pesquisa em Saúde e Enfermagem. En: A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos. Rio de Janeiro: Ludomedia; 2017. Disponible en: https://www.ludomedia.pt/prod_details.php?id=160&catId=15&offset=0
21. Cabral IE. Prática de saúde e enfermagem. En: Teixeira E. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. Porto Alegre: Editora MORIÁ; 2017. p. 241-62. Disponible en: https://issuu.com/moriaeditoraltda/docs/issuu-_desenvolvimento
22. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice [Internet]. 2 ed. Oxford: John Wiley Sons; 2013 [citado 30 Mar 2020]. Disponible en: https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=HjBINaTDH5AC&oi=fnd&pg=PT15&dq=21.+Straus+SE,+Tetroe+J,+Graham+ID.+Knowledge+translation+in+health+care:+moving+from+evidence+to+practice&ots=9Gh_kyhGdO&sig=azCtR2ZDvYtuJoiF9LFy5ImGjOY
23. Daiani Oliveira Q, Maris de Mello PS, Cardoso de PC. Tecnología educativa musical para el aprendizaje de la fisiología de la lactancia: traducción del conocimiento. Rev Bras Enferm [Internet] 2019 [citado 30 Mar 2020]; 72(Supl 3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0220.pdf

24. Dimas de Oliveira D. Tradução de conhecimento na produção e validação de um almanaque sobre cuidados a criança em uso de colostomia no encontro com a família e especialistas. [tesis]. Rio de Janeiro: Universidad Federal de Rio de Janeiro; 2018.
25. Moura Bubadué R. Tradução de conhecimento na produção de um aplicativo móvel para enfermeiras sobre preparo de famílias de crianças que vivem com HIV/AIDS na revelação da condição. [tesis]. Rio de Janeiro: Universidad Federal de Rio de Janeiro; 2019.
26. Vieira Ana Cláudia, Harrison Denise Margaret, Bueno Mariana, Guimarães Natalia. Uso de la red social Facebook TM en la recopilación de datos y difusión de evidencia. Esc Anna Nery [Internet]. 2018 [citado 30 Mar 2020]; 22(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000300209&script=sci_abstract&tlng=es
27. Blanco Fleites Y. Intervención de enfermería para prevenir lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2019. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12125>
28. Cabral IE, Paula CC. Perspectiva latinoamericana del modelo conceptual conocimiento en acción de knowledge translation. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020 [citado 23 Mar 2020]; 36(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2907/549>
29. Young N, Corriveau M, Nguyen VM, Cooke SJ, Hinch SG. How do potential knowledge users evaluate new claims about a contested resource? Problems of power and politics in knowledge exchange and mobilization. J Environ Manage [Internet]. 2016 [citado 18 Jul 2018]; 184(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301479716307782>
30. Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. Can Med Assoc J [Internet]. 2010 [citado 18 Jul 2018]; 182(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/182/2/E78.short>
31. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. Can Med Assoc J [Internet]. 2010 [citado 18 Jul 2018]; 182(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/182/2/E85.short>
32. Hernández Sampieri R. Selección de la muestra. En: Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGraw-Hill / Interamericana; 2014. p. 170-392. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
33. Martínez Trujillo N. Estrategia para el desarrollo de investigaciones en sistemas y servicios de Salud en enfermería. 2008-2012. [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2012
34. Freidin B. Revisando el uso de grupos focalizados en la investigación social. Rev Latinoam Metodol Cienc Soc [Internet]. 2016 [citado 18 Jul 2018]; 6(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/54509/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Ribeiro Lacerda M, Perfeito Ribeiro R, Santini Costenaro RG. Metodologías da pesquisa para enfermagem saúde: da teoria á prática. Porto Alegre: Editora Moriá; 2015.

36. Fassio, A. Reflexiones acerca de la metodología cualitativa para el estudio de las organizaciones. *Rev Cienc Administrativas* [Internet]. 2018 [citado 22 Oct 2018]; 6: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/CADM/article/download/3767/4581/>
37. Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *Am Psychologist* [Internet]. 2018 [citado 22 Oct 2018]; 73(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2018-00750-003>
38. Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RCCP. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidelli MM, Sertório SCM. *TCC-Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. 4 ed. São Paulo: Iátria; 2010. p. 105-26. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
39. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* (São Paulo) [Internet]. 2010 [citado 5 Nov 2019]; 8(1 Pt 1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102
40. Santos C, Pimenta C, Nobre M. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2007 [citado 5 Nov 2019]; 15(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023
41. Forni P, De Grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Rev Mex Sociol* [Internet]. 82(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://132.248.234.93/index.php/rms/article/view/58064>
42. Rodríguez Pérez A. *Afecciones de la mama*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2010.
43. Sociedad Española de Oncología Médica. *Cáncer de mama*. Guía España [Internet]. España: Edicionacv; 2014 [citado 5 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cancer-mama-2014.pdf>
44. Mendoza Jimenez GI. *Calidad de vida de las pacientes mastectomizadas en el área oncológica de un hospital nacional marzo*. Lima. Perú. Julio 2017 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3551>
45. Baldeón Laureano M. *Efectividad de la intervención educativa “previniendo el linfedema” en el conocimiento y autocuidado de mujeres post-mastectomizadas* [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/480>
46. Dany Edyth Q, Lopez Pariona JG. *Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas* [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1074/Dany_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y
47. Pacherras Ochoa CE, Díaz Vásquez CF. *Calidad de vida en mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del hospital regional docente las Mercedes Chiclayo* [tesis]. 2016. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2016. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USSS_2adc3956b2ecd3a85939ba1e080ec ef7/Details

48. Protocolo de actuación de la consulta multidisciplinaria de mama. Villa Clara. Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau; 2018.
49. Dirección de Evaluación de Tecnologías en Salud. Metodología de elaboración de Guías de Información para Paciente [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Disponible en: www.cenetec.gob.mx/cd_inter/evaluacion/Metodologia-GuiasPaciente.pdf
50. Kitson A, Straus SE. The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2010 [citado 5 Nov 2019]; 182(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/182/2/E73.short>
51. Bick D, Chang Yan-Shing. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2014 [citado 5 Nov 2019]; 48(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000400578&script=sci_arttext
52. Barraza Macías, A. La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en el contenido. *Inv Educ Duranguense* [Internet]. 2007 [citado 5 Nov 2019]; (7): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358908.pdf>
53. Dueñas Piedra J. Buenas prácticas para la gestión de enfermería en Cardiocentro Pediátrico “William Soler”. 2013- 2014. [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2019.
54. Mayorga FMJ, Tójar HJC. El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria. *Rev Fuentes* [Internet]. 2004 [citado 5 Nov 2019]; (5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/fuente/5/09%20el%20grupo%20de%20discusion.pdf>
55. Kleinübing Godoi C. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. *Rev Adm Empres* [Internet]. 2015 [citado 31 Mar 2020]; 55(6): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v55n6/0034-7590-rae-55-06-0632.pdf>
56. Loyo EB, del Valle Rojas C, Martínez Bonilla G. El Grupo de Discusión como generador de Discurso Social: Aproximaciones teórico-metodológicas. *Rev Austral Cienc Soc* [Internet]. 2017 [citado 31 Mar 2020]; (22): àprox. 2 p.]. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/index.php/racs/article/view/950>
57. Bardin L. Análise de conteúdo. Brasil. Editorial Casa de Ideias; 2016.
58. Varela MRF, Sierra MDV, Heredia MER, Delgado RM. Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Univ Psychol* [Internet]. 2017 [citado 31 mar 2020]; 16(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/647/64753569009/64753569009.pdf>
59. Flores Mir C. Systematic reviews: knowledge translation? *Dental Press J Orthod* [Internet]. 2016 [citado 31 mar 2020]; 21(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-94512016000100013&script=sci_arttext&tlng=pt
60. Ribeiro Lacerda M, Santini Costenaro RG. Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde de teoria a practica. Porto Alegre: Editora Moria; 2017.
61. Figueroa Varela MR. Guía para el autocuidado y detección de cáncer de mama [Internet]. 1 ed. Mexico: ECORFAN; 2017 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.ecorfan.org/textbooks/L-Guides/LG%20TIV/LG%20TIV.pdf>

62. Cuamatzi Peña, MT. Gómez Pérez, J. Manual de autocuidado del puerperio, alteraciones gineco-obstétricas y rehabilitación de la mastectomía [Internet]. Zaragoza: UNAM; 2015 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <https://procesoreproductivofeszaragoza.files.wordpress.com/2017/11/2c2b0-manual-de-autocuidado-del-puerperio1.pdf>
63. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes Rev Enferm [Internet]. 2015 [citado 31 mar 2020]; 20(49): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5408067>
64. Santos Luna J, Quezada T. Propuesta de atención de enfermería en el cáncer de mama en el Hospital Oncológico Solca Machala Dr. Wilson Franco Cruz. [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2015. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7277/1/TESIS%20CANCER%20D E%20MAMA.pdf>
65. Bañón Amat I, Castejón Navarro J, Cervantes Berná A, Espinosa Cabrera MA, Gamayo Serna A, Gil Gil-Albaladejo F, et al. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas [Internet]. España: Hospital Vega Baja; 2008 [citado 14 May 2020]. Disponible en: <http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/wp-content/uploads/2009/12/GUIA-MAMA.pdf>
66. Aranda de Lara A, Ballesteros León R, Cuadrado Muñoz MA, González Carmona J, Goñi Orellana C, de Gracia Gutiérrez J. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/1680226-Guia-de-cuidados-para-mujeres-mastectomizadas.html>
67. Figueroa Portillo SM. María Guamán ÁG. Guerrero Inga AF. Protocolo de autocuidado en pacientes postmastectomizadas que acuden a consulta externa de oncología clínica y quimioterapia del hospital “Vicente Corral Moscoso” [tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2012. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3573/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>
68. da Silva Ferreira D, dos Santos Bernardo FM, Chaves Costa E, de Souza Maciel N, da Costa RL, de Lima Carvalho CM. Conocimiento, actitud y práctica de las enfermeras en la detección del cáncer de mama. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado 26 Mar 2020]; 24(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200203&tlng=pt
69. Hernández Zambrano SM, Amezcua M, Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C. Cómo elaborar Guías de recomendaciones de autocuidado para pacientes y cuidadores (GRAPyC). Index Enferm [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2020]; 24(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300012&lng=es.
70. Garcia Rosado MF. Efectividad del programa educativo “recordar es vivir” en el nivel de conocimiento sobre autocuidado de la memoria en adultos mayores. nuevo chimbote, 2014. [tesis]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1899/27201.pdf?sequence=1&isAll owed=y>
71. Menis Sasaki VD, da Silva Teles AA; Silva de Lima M, Costa JC, Braga Lisboa B, Megumi Sonobe H. Reabilitação de pessoas com estomia intestinal: revisão integrativa.

- Rev Enferm [Internet]. 2017 [citado 31 Mar 2020]; 11(Supl 4): [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/a4c6/2e891e22a700af9c078e774d21e73478b52b.pdf>
72. Martín Hernández M, Torres Esperón JM, Mora Pérez Y, Acosta González Y. Conocimientos sobre cuidados a la mujer mastectomizada del centro de Cuba en la atención enfermera. Edumecentro [Internet]. 2020 [citado 4 May 2020]; 12(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v12n2/2077-2874-edu-12-02-177.pdf>
 73. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Competencias clínicas de los auxiliares de enfermería: una estrategia para la gestión de personas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado 4 May 2020]; 69(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiNgrmcjfrpAhXxsDEKHbKJCPAQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.enfermeria21.com%2Fvistas%2Faladefe%2Farticulo%2F149%2Fcompetencias-profesionales-en-enfermeras-que-desempenan-su-labor-en-una-unidad-de-cuidados-intensivos%2F&usg=AOvVaw1tY_NAXF_P4UayBUHJvuQy
 74. Ministerio de Planificación. Proyecto adultos mayores de 65 años que viven solos. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica; 2003.
 75. Cruz Acha LC, Pamo Tapia MC. Efectividad del programa educativo de autocuidado en pacientes con ostomía [tesis]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2267/ESPECIALIDAD%20-%20Milagros%20Cecilia%20Pamo%20Tapia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 76. Almendárez Saavedra JA, Landeros López M, Hernández Castañón MA, Galarza Maya Y, Guerrero Hernández M. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc [Internet]. 2015 [citado 20 Nov 2019]; 23(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revistaenfermeria/article/view/48/74>
 77. Culha I, Kosgeroglu N, Bolluk O. Eficacia de la educación de autocuidado en pacientes con estomas. J Nurs Health Sci [Internet]. 2016 [citado 20 Nov 2019]; 5(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue2/Version-1/J05217076.pdf
 78. Figueredo Villa K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2013. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=143>
 79. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educ Med Super [Internet]. 2014 [citado 9 Mar 2020]; 28(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es.
 80. Rodríguez JM. Elementos clave para definir el concepto de utilidad en la información financiera. Actual Contable FACES [Internet]. 2018 [citado 9 Mar 2020]; 21(36): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/en/revista/actualidad-contable-faces/articulo/elementos-clave-para-definir-el-concepto-de-utilidad-en-la-informacion-financiera>

81. Gran Diccionario de la Lengua Española. Barcelona. LAROUSSE; 2012. Disponible en: <https://www.iberlibro.com/servlet/BookDetailsPL?bi=17129572660>
82. Siqueira AF, Ferreira DS, Monteiro WF, Teixeira E, Barbosa IPB. Validation of a handbook on suicide prevention among students: talking is the best solution. Rev Rene [Internet]. 2020 [citado 9 Mar 2020]; 21: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/42241/100051>
83. Schweitzer M, Aucoin J, Docherty SL, Rice HE, Thompson J, Sullivan DT. Evaluación de un protocolo de educación de alta para pacientes pediátricos con tubos de gastrostomía. J Pediatr Health Care [Internet]. 2014 [citado 9 Mar 2020]; 28(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2267>
84. Mármol López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea Caballero, Ruiz Hontangas. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 9 Mar 2020]; 92: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>
85. Lorenzini E, Banner D, Plamondon K, Oelke N. Um chamado à knowledge translation na pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [citado 9 Mar 2020]; 28: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/tc/article/view/28004es/28004p>
86. Cruz Rivero C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enferm Cuidados Humanizados [Internet]. 2020 [citado 12 Jun 2020]; 9(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2146/2094>
87. Lewis Smith H, Diedrichs PC, Harcourt D. A pilot study of a body image intervention for breast cancer survivors. Body Image [Internet]. 2018 [citado 9 Mar 2020]; 27: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S174014451830041X>
88. Colegio de enfermeras del Perú. Comunicado consultorios de enfermería. [Internet]. Perú: CEP; 2016 [citado el 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.ceplalibertad.org.pe/web/index.php/noticias/portada-web/271-comunicadoconsultorios-de-enfermeria>
89. Vílchez Barboza V, Paravic Kljij T, Salazar A, Sáez Carrillo K. Efectividad de intervención de consejería de enfermería personalizada, presencial y telefónica en factores de riesgo cardiovascular: ensayo clínico controlado Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 14 May 2020]; 24:[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02747.pdf
90. Solís Flores L, Acuña Rojas R, López Medina L, Meléndez Mier G. La consejería de enfermería disminuye la sintomatología y recaídas en pacientes pediátricos con rinitis alérgica. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2017 [citado 26 Mar 2020]; 74 (5) :[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462017000500349&script=sci_arttext
91. Ojeda Ramírez MD, Caro Rodríguez I, Ojeda Ramírez D, García Pérez A, García Hita S, García Marcos S. Consulta de enfermería y adherencia terapéutica del paciente en hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 [citado 26 mar 2020]; 20(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200132

92. Cazares Miranda V, Solís Flores L, Granados Rangel MG, Méndez Hernández F, López Alvarenga JC. Beneficios de la consejería personalizada de enfermería en pacientes neurológicos. *Rev Científ Soc Esp Enferm Neurol* [Internet]. 2017 [citado 26 Mar 2020]; 46(numero): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2013524617300144>
93. Castro Serralde E. Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica. *Rev Enferm Inst Mex Seg Soc* [Internet]. 2019 [citado 26 Mar 2020]; 27(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87302>
94. Valladares Diez S, Piñero García N. Revisión de Enfermería postquirúrgica en paciente pediátrico. *Rev Enferm CyL* [Internet]. 2020 [citado 10 Jun 2020]; 12(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/263/230>
95. Fernández Landa MJ, Portillo Villares I, Bilbao Iturribarria I, Idígoras I, Regulez Campo V, Martínez Indart L. Impacto de una intervención en las consultas de Enfermería de Atención Primaria para la mejora de la calidad de la colonoscopia de cribado. *Metas Enferm* [Internet]. 2020 [citado 10 Jun 2020]; 23(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7261565>
96. do Carmo Pinto Coelho PA, Arantes EE, de Oliveira IE, Moreira Chagas M, Simões Cardoso de MC, Vasconcelos AT. Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher que vivencia linfedema de corrente do tratamento de câncer de mama. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [cited 26 Mar 2020]; 24(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200206&lng=
97. Vieira Ana Cláudia Garcia, Gastaldo Denise, Harrison Denise. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 06]; 73(5): e20190179. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>.

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Abdullah G, Rossy D, Ploeg J, Davies B, Higuchi K, Sikora L, et al. Measuring the effectiveness of mentoring as a knowledge translation intervention for implementing empirical evidence: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2014 [citado 15 Ago 2015]; 11(5):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12060>
- Banfield BE. A philosophical inquiry of Orem's self-care deficit nursing theory. In: Alligood R, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. Detroit: Elsevier Health Sciences; 1998. p. 211-23. Disponible en: [https://books.google.com/cu/books?id=nlpgDwAAQBAJ&pg=PA211&lpg=PA211&dq=Banfield,+B.+E.+A+philosophical+inquiry+of+Orem%E2%80%99s+self-care+deficit+nursing+theory.+1998.+\(Unpublished+doctoral+dissertation\).+Wayne+State+University,+Detroit,+MI.&source=bl&ots=6p3qiuX15K&sig=ACfU3U2yb1CZKw92j0BUNnz5mdVFlucmg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjT4Pau6OXpAhWMQs0KHVDBCm8Q6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=Banfield%2C%20B.%20E.%20A%20philosophical%20inquiry%20of%20Orem%E2%80%99s%20self-care%20deficit%20nursing%20theory.%201998.%20%20\(Unpublished%20doctoral%20dissertation\).%20Wayne%20State%20University%2C%20Detroit%2C%20MI.&f=false](https://books.google.com/cu/books?id=nlpgDwAAQBAJ&pg=PA211&lpg=PA211&dq=Banfield,+B.+E.+A+philosophical+inquiry+of+Orem%E2%80%99s+self-care+deficit+nursing+theory.+1998.+(Unpublished+doctoral+dissertation).+Wayne+State+University,+Detroit,+MI.&source=bl&ots=6p3qiuX15K&sig=ACfU3U2yb1CZKw92j0BUNnz5mdVFlucmg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjT4Pau6OXpAhWMQs0KHVDBCm8Q6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q=Banfield%2C%20B.%20E.%20A%20philosophical%20inquiry%20of%20Orem%E2%80%99s%20self-care%20deficit%20nursing%20theory.%201998.%20%20(Unpublished%20doctoral%20dissertation).%20Wayne%20State%20University%2C%20Detroit%2C%20MI.&f=false)
- Blanco Barbeito N. El desarrollo de las habilidades investigativas en los estudiantes de Medicina desde la educación en el trabajo. [tesis]. Villa Clara: Universidad Central Martha Abreu de las Villas; 2016. Disponible en: <http://www.convencionalud2017.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/viewPDFInterstitial/332/468>
- Cabral IE, Bubabué RM, Oliveira JD, Paula CC, Cherubin D. Knowledge Translation: um caminho metodológico para converter resultados de pesquisa em prática de saúde e enfermagem. En: Teixeira E. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. Porto Alegre: Editora Moriá; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Evipnet-brochure-English-2013.pdf>
- Cabral IE. Práctica de saúde e enfermagem. En: Teixeira E. *Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais*. Porto Alegre: Editora MORIÁ; 2017. p. 241-62.
- Castaño Molina MA, Carrillo García C, Martínez Roche ME, Arnau Sánchez J, Ríos Rísquez MI, Nicolás Viguera MD. *Guía Práctica de Grupos de Discusión para principiantes* [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia, 2017 [citado 9 Mar 2020]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/54260/3/GU%c3%8dA%20PR%c3%81CTICA%20DE%20GRUPOS%20DE%20DISCUSI%c3%93N%20PARA%20PRINCIPIANTES.pdf>
- Cavero D, Sonia J, Vicedo Tomey AG, Sierra Figueredo S, Fernández Asan A, Pernas Gómez M, et al. Diseño y validación de un instrumento para valorar las funciones especiales en estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina. *Educ Med Super* [Internet]. 2015 [citado 4 Feb 2018];29(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100007
- Chapman E. Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas. *Bol Instituto Saude* [Internet]. 2016 [citado 24 Ago 2018];17(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Tereza_Toma/publication/323546509_Politica_s_de_Saude_Informadas_por_Evidencias/links/5a9bfa8a0f7e9be37968036f/Politica_s-de-Saude-Informadas-por-Evidencias.pdf

- Contreras González R, Magaly Santana A, Jiménez Torres E, Gallegos Torres R, Xequé Morales Á, Palomé Vega G, et al . Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enferm Univ* [Internet]. 2017 [citado 9 Mar 2020];14(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200104&lng=es.
- Córdova A, Moreno J, Stegaru M, Staff C. Construcción de un instrumento para evaluar competencias profesionales durante la formación preclínica en Medicina. *Invest Educ Méd* [Internet]. 2015 [citado 31 Ene 2020];4(15):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572015000300145
- Crespo Borges T. Métodos de la Prospectiva en la Investigación pedagógica [Internet]. La Habana: Educación Cubana; 2009 [citado 26 Sep 2011]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Tomas_Crespo_Borges/publication/324823154_Organo_Editor_EDUCACION_CUBANA/links/5ae46e78aca272ba507efee4/Organo-Editor-EDUCACION-CUBANA.pdf
- Crespo Borges T. Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Lima: Editorial San Marcos; 2007.
- Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Dias RISC, Barreto JOM, Vanni TC, Costa MAS, Moraes LH, Gomes MAR. Estratégias para estimular o uso de evidências científicas na tomada de decisão. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado 15 Ago 2018];23(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300316&lng=en.
- Enriquez González C, Alba Pérez LC, Corzo Rodríguez L, Caballero Martínez D, Rojas Soca D. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infante juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Med Centro* [Internet]. 2018 [citado 31 Ene 2018];12(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/860>
- Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. [tesis] La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2010. Disponible en: tesis.sld.cu/FileStorage/000267-6593-Espin_Andrade.pdf
- Flores Mir C. Systematic reviews: knowledge translation? *Dental Press J Orthod*. [Internet]. 2016 [citado 18 Jul 2018];21(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-94512016000100013&script=sci_arttext&tlng=pt
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map. *J Contin Educ Health Prof* [Internet]. 2006 [citado 31 Ene 2019]; 26(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/chp.47>
- Iguar AM, Garc CEA, Barbosa CP, Salazar KO. Confiabilidad y validez de la Escala de Observación de Estrategias Cognitivas y Metacognitivas (EOECM) para la

- evaluación de la metacognición y la atención en niños de preescolar. *Psicogente* [Internet]. 2016 [citado 9 Mar 2020];19(35):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1388>
- Lagos Garrido ME, Paravic Klajn T. Generación, difusión y transferencia del conocimiento de enfermería a la práctica del cuidado. *Cienc Enferm* [Internet]. 2015 [citado 21 Ago 2018];21(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_12.pdf
 - López Fernández R. Expertos y prospectiva: en la investigación pedagógica [Internet]. Cienfuegos: Editorial Universo Sur; 2016 [citado 26 Sep 2011]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjfp4bQ3OXpAhVJBs0KHTx5CuEQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Funiversosur.ucf.edu.cu%2Findex.php%2Fen%2Fcatalogo-de-publicaciones%2Fitem%2F85-expertos-y-prospectiva-en-la-investigacion-pedagogica&usg=AOvVaw1451AcSLU6W4aBCOijyTuU>
 - Lorenzini E, Banner D, Plamondon K, Oelke N. Um chamado à knowledge translation na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [16 Ene 2020]; 28:[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20190104.pdf
 - Mora Pérez Y. Sistema de vigilancia de eventos adversos en cuidados intensivos polivalentes liderados por enfermería [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=804>
 - Orem DE. Guides for developing curricula for the education of practical nurses. Washington: Office of Education; 1959.
 - Orem DE. *Nursing: Concepts of practice* 2 ed. New York: McGraw-Hill; 1980.
 - Orem DE. *Nursing: Concepts of practice* 3 ed. New York: McGraw-Hill; 1985.
 - Orem DE. *Nursing: Concepts of practice* 4 ed. St. Louis: Mosby; 1991.
 - Orem DE. *Nursing: Concepts of practice* 5 ed. St. Louis: Mosby; 1995.
 - Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1971.
 - Orem DE. Views of human beings specific to nursing. *Nurs Sci Q* [Internet]. [citado 26 Sep 2011];10(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/089431849701000110>
 - Ribeiro Lacerda M. Metodologías da pesquisa para a enfermagem e saúde de teoría á práctica. 2 ed. Porto Alegre. Editora Moriá; 2018.
 - Rodríguez Y, Rubio MA. Bases conceptuales de la consejería en Enfermería. *Crescendo* [Internet]. 2010 [citado 11 Mar 2020];1(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14396642/319-bases-conceptuales-de-la-consejeria-en-revista-peruana>
 - Straus SE, Tetroe J, Graham ID. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. 1 ed. Oxford: Editorial Wiley-Blackwell Ltda; 2009.
 - Sudsawad P. *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures* [Internet]. Austin: The National Center for the Dissemination of Disability Research; 2007 [citado 31 Ene 2019]. Disponible en: http://www.ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ktmodels/ktintro.pdf
 - Vélchez Barboza V, Klajn TP, Salazar Molina A, Sáez Carrillo KL. Efectividad de intervención de consejería de enfermería personalizada, presencial y telefónica en

factores de riesgo cardiovascular: ensayo clínico controlado. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 11 Mar 2020]; 24:[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02747.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA. REVISIÓN INTEGRADORA

BASES DE DATOS CONSULTADAS – CONTROL DE ESTRATÉGIAS REALIZADAS		
BASE	ESTRATÉGIAS	TOTAL
Portal Regional da BVS http://bvsa.lud.org/?lang=pt	1. (fulltext:("1") AND db:(("MEDLINE" OR "LILACS") AND mj:(("Neoplasias" OR "Neoplasias de la Mama") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "es" OR "pt"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 2. tw:((tw:(guia)) AND (tw:(autocuidado))) AND (fulltext:("1") AND db:(("MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF") AND mj:(("Autocuidado" OR "Educación del Paciente como Asunto" OR "Enfermería" OR "Pacientes" OR "Complicaciones Posoperatorias" OR "Autoimagen" OR "Mujeres") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "pt" OR "es"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 3. tw:((tw:(guia)) AND (tw:(autocuidado)) AND (tw:(neoplasia de la mama)	2001 220 33
PUBMED http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	1. (fulltext:("1") AND mj:(("Breast neoplasms" OR " Breast neoplasms ") [All Fields] AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "es" OR "pt"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 2. tw:((tw:(guideline)) [All Fields] AND (tw:(self-care))) AND (fulltext:("1") AND mj:(("self-care" OR "Patient educational as a sujet" OR "nurse"[MeSH Terms]) OR "patient" OR "Complications Posoperative" OR "self-image woman" OR "woman") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "pt" OR "es"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 3. tw:((tw:(guide)) AND (tw:(self-care)) AND (tw:(breast neoplasm)	76 4 1
Scielo	1. (fulltext:("1") AND mj:(("Neoplasias" OR "Neoplasias de la Mama") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "es" OR "pt"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 2. tw:((tw:(guia)) AND (tw:(autocuidado))) AND (fulltext:("1") AND mj:(("Autocuidado" OR "Educación del Paciente como Asunto" OR "Enfermería" OR "Pacientes" OR "Complicaciones Posoperatorias" OR "Autoimagen" OR "Mujeres") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "pt" OR "es"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 3. tw:((tw:(guia)) AND (tw:(autocuidado)) AND (tw:(neoplasia de la mama)	2997 497 34
BDEnf	1. (fulltext:("1") AND mj:(("Neoplasias" OR "Neoplasias de la Mama") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "es" OR "pt"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 2. tw:((tw:(guia)) AND (tw:(autocuidado))) AND (fulltext:("1") AND mj:(("Autocuidado" OR "Educación del Paciente como Asunto" OR "Enfermería" OR "Pacientes" OR "Complicaciones Posoperatorias" OR "Autoimagen" OR "Mujeres") AND type_of_study:(("guideline") AND la:(("en" OR "pt" OR "es"))) AND (year_cluster:[2000 TO 2018]) 3. tw:((tw:(guia)) AND (tw:(autocuidado)) AND (tw:(neoplasia de la mama)	1000 176 24

Fuente: Bases de datos

ANEXO 2

PROGRAMA DEL TALLER

Título: Autocuidado en pacientes Mastectomizadas. Hospital Celestino Hernández Robau.

Plan

Año Académico: *Curso 2018 – 2019*

Especialidad: *Enfermería.*

Tipo de Actividad: *Taller.*

Sede: *Hospital Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau.*

Nivel: *Provincial.*

Dirigido a: *Licenciados en enfermería, Técnicos en enfermería.*

Duración: *48 horas.*

Fecha de Inicio: *Diciembre/2018.*

Fecha de terminación: *Diciembre/2018.*

Fundamentación:

Fundamentan esto, por una parte los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (el 154) que se refiere a la necesidad de “*Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud...*”, y por otra el cumplimiento de las regulaciones establecidas por el MINSAP para el aseguramiento de la calidad de la atención, como la Resolución 145 de 2007 sobre el proceso de acreditación.

Lo anterior expuesto constituye razones para que nos ocupemos de la formación con calidad de los profesionales de enfermería en los servicios que prestan atención a mastectomizadas mediante el diseño y ejecución de este taller.

Como parte de posgrado se diseñó y se pondrá en marcha un Taller titulado: “**Autocuidado en pacientes Mastectomizadas**”. **Hospital Celestino Hernández Robau**, que contribuya mediante el aporte de nuevas herramientas al fortalecimiento del conocimiento en los profesionales de la enfermería en la elaboración y ejecución de proyectos de mejora de la calidad de forma tal que permita introducir los conocimientos al personal que labora en el servicio de cirugía oncológica, para propiciar la construcción del conocimiento y el aprendizaje, de manera interactiva y participativa. Esto posibilitará orientar los esfuerzos de enfermería hacia el conocimiento de la unidad objetiva con óptima eficacia para seguir la Metodología Científica.

Objetivos:

- Analizar los conceptos en materia de autocuidado y su evolución histórica en el sector sanitario.
- Profundizar en el conocimiento de los enfermeros sobre autocuidado para las pacientes mastectomizadas en los servicios de cirugía.
- Reflexionar sobre las bases conceptuales y el estado del arte en autocuidado para las pacientes mastectomizadas
- Identificar las necesidades de aprendizaje del personal de enfermería sobre autocuidado para las pacientes mastectomizadas y su aplicación en las organizaciones sanitarias.

Plan temático:

Tema 1: El conocimiento científico como fundamento del autocuidado

Objetivos;

1. Comprender los antecedentes de autocuidado de las pacientes mastectomizadas.
2. Comprender las principales teorías, elementos conceptuales y la evolución en la historia del autocuidado.

Contenidos:

- ✓ Introducción al autocuidado.
- ✓ Concepto de autocuidado.
- ✓ Estrategias de intervención para mejorar la calidad del autocuidado a las pacientes mastectomizadas.
- ✓ Teoría de Enfermería
- ✓ Teoría del autocuidado de Dorotea Orem

Tema 2. Etica en el autocuidado de las pacientes

Objetivos:

1. Comprender los principios éticos de enfermería relacionados con autocuidado.
2. Vincular los principios éticos al autocuidado.

Contenidos.

- ✓ De los deberes hacia la sociedad.
- ✓ Condición del paciente o cliente.
- ✓ La enfermera/o contribuye a proteger al paciente y público en general.
- ✓ Responsabilidad de la enfermera/o profesional.

Tema 3. Guía de Autocuidado para pacientes mastectomizadas

Objetivos

1. Explicar el objetivo de la guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas.
2. Identificar el autocuidado en la hospitalización.
3. Describir los autocuidados en cuanto a:
 - a. cuidados con el brazo afecto
 - b. como continuar con la vida laboral
 - c. vestimenta

- d. alimentación
 - e. deporte y recreación.
 - f. apoyo psicológico.
 - g. imagen corporal
 - h. complicaciones
 - i. otros tratamientos
 - j. reconstrucción o prótesis
 - k. ejercicios de rehabilitación
 - l. autoexamen de mama
4. Precisar cómo y a quién se difundirá la información

Contenidos

- ✓ Principales teóricas que abordaron el tema desde la perspectiva del cuidado.
- ✓ Diferentes aspectos del autocuidado.
- ✓ Charlas educativas sobre autocuidado.
- ✓ Manejo de la guía de autocuidado para pacientes mastectomizadas.

Métodos Pedagógicos a Utilizar

- Explicativo
- Elaboración conjunta

Formas de Organización de la Enseñanza

- Conferencias.
- Técnicas de educación participativas.
- Trabajos en equipos
- Discusión en plenario

Medios de Enseñanzas

- Pizarrón
- Material impreso
- Retrotransparencias
- Retroproyector
- Proyector de Power – poin con ordenador electrónico.

Sistema de Evaluación:

A:

- Frecuente o formativa.
- Ejercicios problémicos
- Discusiones grupales.
- Presentaciones en plenarios

Evaluación Final:

B:

- Se realizará un examen final que consta de dos partes.

Ira Parte:

Análisis y discusión crítica de la guía de autocuidado para las pacientes mastectomizadas, por cada uno de los participantes.

2da Parte:

Presentación de un informe donde expliquen cómo trabajar el autocuidado que debe tener las pacientes mastectomizadas en la unidad donde laboran. La Evaluación sistemática aportará el 30%, la presentación del informe el 70% de la nota final.

Horas a Impartir:

- **Total: 48**
- Teóricas: 12
- Prácticas: 36

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer, Nota descriptiva Febrero de 2017 [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 26 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cáncer de mama. Prevención. Bibliomed [Internet]. 2016 [citado 23 Abr 2019]; 23(5): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2016/05/bibliomed-mayo-2016.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: https://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
4. Carrillo Salvador D, Olvera Gómez JL. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2019]; 22(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54637>
5. Ortega López RM, Tristan Rodríguez A, Aguilera Pérez P, Pérez Vega ME, de los Ángeles Fang Huerta M. Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. Rev CUIDARTE [Internet]. 2014 [citado 23 Abr 2019]; 5(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533181018.pdf>
6. World Medical Association. Declaración de Helsinki, Fortaleza, Brasil, Paris: Asociación Médica mundial [Internet]. Finlandia: WMA; 2013 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: https://www.uchile.cl/documentos/declaracion-de-helsinki-2013pdf_111779_0_3900.pdf
7. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 6 ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2015 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

8. Orem DE, Taylor SG, McLaughlin Renpenning K. Nursing: concepts of practice [Internet]. 6 ed. St. Louis: Mosby, 2001 [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/nursing-concepts-of-practice/oclc/45103042>
9. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de mama. Guía España [Internet]. España: Edicionacv; 2014 [citado 5 Nov 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/cancer-mama-2014.pdf>
10. Mendoza Jimenez GI. Calidad de vida de las pacientes mastectomizadas en el área oncológica de un hospital nacional marzo. Lima. Perú. Julio 2017 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3551>
11. Baldeón Laureano M. Efectividad de la intervención educativa “previniendo el linfedema” en el conocimiento y autocuidado de mujeres post-mastectomizadas [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/480>
12. Dany Edyth Q, Lopez Pariona JG. Calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, hospitalizada en el Servicio de Medicina del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1074/Dany_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=5&isAllowed=y
13. Pacherras Ochoa CE, Díaz Vásquez CF. Calidad de vida en mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del hospital regional docente las Mercedes Chiclayo [tesis]. 2016. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2016. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USSS_2adc3956b2ecd3a85939ba1e080ecef7/Details
14. Protocolo de actuación de la consulta multidisciplinaria de mama. Villa Clara. Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau; 2018.
15. Figueroa Varela MR. Guía para el autocuidado y detección de cáncer de mama [Internet]. 1 ed. Mexico: ECORFAN; 2017 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.ecorfan.org/textbooks/L-Guides/LG%20TIV/LG%20TIV.pdf>
16. Cuamatzi Peña, MT. Gómez Pérez, J. Manual de autocuidado del puerperio, alteraciones gineco-obstétricas y rehabilitación de la mastectomía [Internet]. Zaragoza: UNAM; 2015 [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <https://procesoreproductivofeszaragoza.files.wordpress.com/2017/11/2c2b0-manual-de-autocuidado-del-puterperio1.pdf>
17. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. Inquietudes Rev Enferm [Internet]. 2015 [citado 31 mar 2020]; 20(49): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5408067>
18. Santos Luna J, Quezada T. Propuesta de atención de enfermería en el cáncer de mama en el Hospital Oncológico Solca Machala Dr. Wilson Franco Cruz. [tesis]. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2015. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7277/1/TESIS%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf>
19. Bañón Amat I, Castejón Navarro J, Cervantes Berná A, Espinosa Cabrera MA, Gamayo Serna A, Gil Gil-Albaladejo F, et al. Guía de cuidados para mujeres

- mastectomizadas [Internet]. España: Hospital Vega Baja; 2008 [citado 14 May 2020]. Disponible en: <http://www.dep21.san.gva.es/deporihuela/wp-content/uploads/2009/12/GUIA-MAMA.pdf>
20. Aranda de Lara A, Ballesteros León R, Cuadrado Muñoz MA, González Carmona J, Goñi Orellana C, de Gracia Gutiérrez J. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; [citado 31 Mar 2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/1680226-Guia-de-cuidados-para-mujeres-mastectomizadas.html>
 21. Figueroa Portillo SM. María Guamán ÁG. Guerrero Inga AF. Protocolo de autocuidado en pacientes postmastectomizadas que acuden a consulta externa de oncología clínica y quimioterapia del hospital “Vicente Corral Moscoso” [tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2012. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3573/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>
 22. Hernández Zambrano SM, Amezcua M, Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C. Cómo elaborar Guías de recomendaciones de autocuidado para pacientes y cuidadores (GRAPyC). Index Enferm [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2020]; 24(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300012&lng=es.
 23. Garcia Rosado MF. Efectividad del programa educativo “recordar es vivir” en el nivel de conocimiento sobre autocuidado de la memoria en adultos mayores. nuevo chimbote, 2014. [tesis]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1899/27201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 24. Hernández Zambrano SM, Amezcua M, Gómez Urquiza JL, Hueso Montoro C. Cómo elaborar Guías de recomendaciones de autocuidado para pacientes y cuidadores (GRAPyC). Index Enferm [Internet]. 2015 [citado 10 Mar 2020]; 24(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300012&lng=es.
 25. Garcia Rosado MF. Efectividad del programa educativo “recordar es vivir” en el nivel de conocimiento sobre autocuidado de la memoria en adultos mayores. nuevo chimbote, 2014. [tesis]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015. Disponible en: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/1899/27201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Profesora

MSc. Lic. Magny Martín Hernández

ANEXO 3

AVAL

CONSEJO CIENTIFICO

HOSPITAL UNIV. DR. CELESTINO HERNANDEZ ROBAU

SANTA CLARA VILLA CLARA

El Consejo científico en plenaria del día 26 de septiembre del año 2018

analiza el trabajo titulado: *Taller "autocuidado en pacientes hipertensos"*

Propuesto por: *Dr. Raquel Claitor Hernández*

Teniendo en cuenta los criterios de rigor científico, pertinencia e importancia decide:

Aprobar Rechazar Aplazar con recomendaciones

Según consta en acuerdo No. *514* de este consejo.

Dado en Santa clara a los 26 días del mes de septiembre del año 2018

Lic. Yvianka Acosta González
Presidente Consejo científico

Raquel Claitor Hernández



C.C.- Archivo

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE CONSULTA A EXPERTOS

Estimado profesional el presente cuestionario tiene como objetivo central identificar los principales aspectos vinculados con el autocuidado necesarios a tener en cuenta por las pacientes mastectomizadas. Le pedimos su colaboración para establecer la validez de contenido del instrumento que se aplicará a tal efecto, por la metodología de recolección de evidencias de validez en el contenido de Arturo Barraza Macías, para la realización de la tesis Doctoral “Intervención de enfermería en pacientes Mastectomizadas”. En caso de aceptar sugerimos seguir las siguientes instrucciones:

- Lea cuidadosamente la especificación de cada una de las secciones de este cuestionario.
- A continuación, indique que tan bien considera usted que el cuidado incluido permite indagar sobre el proceso que se describe en la sección.
- Se incluye una columna en blanco por si desea incluir una nueva sugerencia.
- Juzgue cada cuidado de manera individual para comparar su contenido con el proceso que se describe en la sección.
- Para evaluar utilice la siguiente escala. Marque con una cruz (X) el valor que considere.

0 - la pregunta no pertenece al proceso que se estudia. **(NP)**

1 - la pregunta probablemente no pertenece al proceso que se estudia. **(PNP)**

2 - la pregunta probablemente si pertenece al proceso que se estudia. **(PSP)**

3 - la pregunta si pertenece al proceso que se estudia. **(SP)**

SECCIÓN A. SOBRE LOS CUIDADOS GENERALES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Estos cuidados son los principales durante la estancia en la sala

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Mantener el brazo afectado apoyado sobre una almohada.				
2. Evite siempre que sea posible la toma de TA, extracciones de sangre, inyecciones por cualquier vía o acupuntura en el brazo afectado.				
3. Comenzar con los ejercicios de rehabilitación desde el primer día de operada, que aparecen posteriormente en esta guía.				
4. Para favorecer el proceso de recuperación es muy importante la movilización temprana (levantarse a la silla, ir al baño, caminar).				
5. Realizar cura diaria de la herida por parte del personal de enfermería de la sala.				
6. Comentar con el personal de enfermería y medico todas aquellas cuestiones de su interés durante su estancia hospitalaria y cualquier duda que tengan.				

SECCIÓN B. SOBRE LOS CUIDADOS GENERALES POST-EGRESO EN EL HOGAR

Los cuidados generales en el hogar se refieren al conjunto de cuidados necesarios que debe conocer la paciente y familia para afrontar la recuperación y evitar complicaciones.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Mantenga el brazo afectado siempre que le sea posible elevado sobre el nivel del corazón (esto puede hacerlo cuando esté en su				

casa sentada o descansando).				
2. Evite movimientos circulares rápidos de brazo para impedir que se acumule sangre en la parte exterior de la extremidad.				
3. Utilizará el brazo no afectado para transportar pesos o realizar cualquier actividad brusca.				
4. Evite daños e infecciones en el brazo afectado.				
5. Cuide bien las uñas, no se corte las cutículas.				
6. Evite pincharse con agujas de cualquier tipo en el brazo afectado.				
7. Use dedal cuando esté cosiendo.				
8. Colóquese guantes para cocinar (limpiar pescado, carne, así como para las labores de jardinería).				
9. Consulte con su doctor en caso de salpullidos e irritaciones.				
10. Evite frío o calor extremo, tener precaución con los focos de calor (los fogones de la cocina, horno, `planchas), para evitar quemaduras.				
11. En caso de producirse una herida, desinfecte la zona limpiando con agua y jabón, y después use desinfectante o antiséptico.				
12. Evite trabajos estresantes y prolongados con el brazo afectado.				
13. No use joyas, ni se ponga el reloj en el brazo afectado, así como tampoco debe usar ropas apretadas; utilice ropa interior (ajustador) de algodón y evite que le produzcan roces los tirantes.				
14. Lleve el bolso de salir en el brazo no afectado.				
15. Tiene que estar pendiente de ciertas señales de infección (rubor, dolor, calentura, hinchazón o fiebre). Acuda a consulta inmediatamente si se presentan algunos de estos síntomas.				
16. Haga los ejercicios que le indicamos en esta guía para procurar un drenaje efectivo y su rehabilitación oportuna.				
17. El sentido del tacto puede disminuir en la región afectada, use la mano que no está afectada para probar temperatura (para cocinar o palpar el agua que usará para bañarse).				
18. Asegúrese de llevar una dieta equilibrada.				
19. Disminuya el stress.				
20. La cura de la herida la debe realizar la enfermera de su consultorio diario, con movilización del drenaje y retirarlo de 7 a 10 días, los puntos alternos retirarlos según indicación médica y luego continúe curando en su hogar con agua y jabón.				

SECCION C: SOBRE LA HIGIENE Y CUIDADOS DEL BRAZO AFECTADO

Se refiere a estos aspectos de forma más específica.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Se pueden utilizar desodorantes, preferiblemente aquellos menos irritantes y con menor contenido en alcohol.				
2. El rasurado de la axila o el brazo, debe ser preferiblemente el uso de cremas depilatorias, o maquina eléctrica frente a la cera o maquinas manuales, y posterior aplicar una crema hidratante de preferencia vitaminada.				
3. Después de la ducha o baño, seque bien la zona de la herida.				

4. Utilice jabón con pH alto o neutro, ya que protege y equilibra la sequedad de la piel.				
5. Evite la sauna y rayos ultravioletas.				
6. Cuando utilice el secador, proteja hombros y brazos de la acción del calor.				
7. Protéjase de lugares con altas temperaturas para evitar la sudoración y posible maceración de la piel.				

SECCION D: SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL HOGAR Y EL TRABAJO

Se aconseja que las actividades se realicen gradualmente intercalando periodos de descanso. Los primeros días tras la intervención es normal que precise ayuda de su familia hasta poder hacerlas por si sola.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. No coger peso y evitar la tensión en esa extremidad.				
2. No usar sustancias tóxicas sin llevar guantes.				
3. Precaución con el manejo de utensilios cortantes o punzantes				
4. Evitar arañazos o mordeduras.				
5. Al freír alimentos, cubrir el brazo afectado.				
6. Manipular hornos y objetos calientes siempre con manoplas.				
7. Evitar el agua muy caliente al lavar o fregar.				
8. Evitar las picaduras de insectos (utilizar repelentes).				
9, Especial cuidado con los arañazos de gato.				

SECCION E: SOBRE LA VESTIMENTA

No es necesario que cambie su forma de vestir tras la mastectomía. Puede utilizar su vestuario habitual.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. A nivel general se recomienda usar tejidos de algodón y fibras naturales que no dificulten la transpiración, sobre todo en la ropa interior.				
2. Elimine prendas muy ajustadas y aquellas que ejerzan presión.				
3. Utilice sombrillas, sombreros en la exposición al sol.				
4. Utilice un sujetador preferiblemente sin aros y de tirantes anchos deportivo sin accesorios metálicos.				
5. Lleve el bolso en el brazo no afectado.				
6. Es posible que tras la mastectomía precise otros tratamientos en los que se le caiga el pelo. Use pañuelos, gorras, pelucas. Consulte con su peluquero, ellos le asesorarán.				

SECCION F: SOBRE LA ALIMENTACION

La alimentación de la paciente mastectomizadas no tiene por qué ser distinta de la que tuviera antes de la intervención. Es recomendable una dieta saludable y equilibrada. En caso de pérdida del apetito, se deben estimular las conductas que lo favorezcan como comer en compañía, esperar a tener apetito, aunque sea fuera del horario convencional. Comer purés y jugos en los que combinemos diferentes alimentos y resulten fáciles de ingerir. Comer a temperatura adecuada, ofrecer alimentos con buena presentación y de su agrado.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Evitar el aporte excesivo de grasas, sal, café o alcohol.				
2. Beber abundante agua.				
3. Consumir cereales, legumbres, frutas y vegetales en cantidades importantes.				
4. Aumentar el consumo de proteínas (carne y pescado) así como el de leche y derivados.				
5. Tomar con moderación alimentos ahumados y muy condimentados.				

SECCION G: SOBRE DEPORTE Y RECREACION

Se recomiendan ejercicios para la rehabilitación que se explican más adelante en la guía que debe realizar sistemáticamente.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. La natación constituye un deporte completo que puede practicar aunque, en todo momento debe evitar hacer mucho esfuerzo.				
2. No es conveniente, en cambio que practique el esquí o el tenis.				
3. Puede adquirir prendas propias de playa o piscina (trusas, bikinis) en ortopedias técnicas especializadas.				
4. Proteger los ojos con gafas de sol.				
5. Evite la exposición al sol, sobre todo entre las 12 y 16 horas.				
6. Evite productos aceleradores del bronceado (bronceado intensivo).				
7. Utilice sombreros y camisas ligeras de mangas largas en la exposición al sol.				
8. Utilice un protector solar adaptado a su tipo de piel.				
9. En caso de recibir tratamiento complementario (quimioterapia, radioterapia). Evite la exposición al sol.				
10. Protege los ojos con gafas de sol.				

SECCION H: SOBRE LA ATENCION PSICOEMOCIONAL DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

Actualmente, el diagnóstico precoz y los avances médicos han hecho aumentar la posibilidad de tratar con éxito la enfermedad e integralidad. Para ello contamos en nuestro equipo de atención multidisciplinario con Licenciados en Psicología encargados de esta atención personalizada.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Para conseguir la recuperación completa necesitaremos además, la rehabilitación psicológica.				
2. La terapia y rehabilitación psicológica, se hacen necesarias para aprender a afrontar o resolver nuestra ansiedad, tristeza, preocupación y miedos.				
3. El apoyo psicológico le podrá ayudar a adaptarse a un diagnóstico difícil, afrontar una intervención quirúrgica, unos tratamientos curativos o paliativos complementarios y adentrarse de nuevo, en su actividad familiar, laboral y social.				
4. Su familia (pareja, hijos, hermanos, padres, amigos) pueden necesitar recibir éste apoyo, ya que es un problema que afecta a todos los que están cerca de usted.				
5. Es muy importante la comunicación sincera de los sentimientos y las preocupaciones. Haga partícipe a su pareja de todo aquello que le preocupa, así le ayudará a entender y manejar mejor la nueva situación.				
6. Sus relaciones de pareja no tienen por qué verse alteradas, usted y su pareja van a ser las mismas personas.				
7. Mujeres como usted, que han pasado por la misma situación pueden ayudarle a través de asociaciones y grupos de autoayuda, consultas de consejería.				
8. Tiene que ser honesta, clara y directa con su familia y allegados al expresar sus sentimientos y necesidades sobre su enfermedad.				
9. No piense que los demás saben lo que necesita, o lo que es más adecuado para usted, no todo el mundo se maneja de la misma forma, tiene que entender que ellos están muy preocupados y también se sienten mal.				
10. Es importante encontrar en la familia el apoyo que seguramente necesita, le ayudará a sentirse mejor.				
11. Si tiene hijos, es muy importante comunicarse con ellos, la información debe ser clara y adecuada para su edad.				
12. El no hablar abiertamente con el niño de la enfermedad, le creará miedos e incertidumbre, e incluso sentimiento de culpa.				

SECCION I: SOBRE EMBARAZO POST-MASTECTOMIA.

El concebir y cuidar a un hijo, es una celebración de la vida y un compromiso para el futuro. En ínfimo porcentaje puede ocurrir el cáncer de mama en el embarazo y tener tratamiento, pero no es aconsejable, ni frecuente en nuestro contexto.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. El embarazo en la actualidad no es una contraindicación absoluta.				
2. La mayoría de las pacientes con cáncer de mama pueden quedar embarazadas después del tratamiento oncológico sin que eso empeore el pronóstico de la enfermedad.				
3. Es una cuestión que depende de distintas variables, y debe considerarla su especialista.				
4. Debe ser después de terminar el tratamiento completo.				

SECCION J: SOBRE LA IMAGEN CORPORAL INTERNA Y EXTERNA

La curación de la enfermedad de cáncer conlleva, en múltiples ocasiones, cambios físicos bruscos basados en la pérdida o deterioro de alguna parte de su cuerpo. En el equipo multidisciplinario se cuenta con una Psicóloga para su atención especializada. Puede ayudarle en su adaptación y encontrar soluciones reales a sus problemas.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Es posible que después de una Mastectomía experimente sentimientos de pérdida personal (la mama), reacciones emocionales como la ansiedad, (nerviosismo) o depresión (estado de ánimo muy bajo), pérdida de su identidad femenina (no se siente mujer como antes). Lo que produce un descenso del concepto que tiene de sí misma (baja autoestima).				
2. Estos momentos quizás no deba afrontarlos en soledad.				
3. Observe que antes de salir del hospital haya obtenido su receta para su prótesis de primera postura, que adquirirá en ortopedia técnica.				
4. Una vez que su herida haya cicatrizado correctamente (un mes y medio o dos meses después) debe utilizar una prótesis de silicona.				
5. El uso diario de esta prótesis es importante para evitar deformaciones de la columna vertebral.				
6. La prótesis de silicona debe adaptarla a su necesidad, con el mismo peso y tamaño que su otra mama, con la forma y postura correspondiente a la mama de origen y que cubra sus funciones.				
7. En cuanto a prendas interiores (ajustadores) están disponibles por receta médica en la ortopedia técnica.				
8. Al ir a comprar su prótesis y sujetador recuerde llevar puesta una prenda que se ajuste al cuerpo, así le será más fácil ver cómo le sienta.				

SECCION K: SOBRE COMPLICACIONES

La mastectomía es una cirugía muy segura donde la mayor parte de las mujeres se recuperan sin complicaciones. Entre las más frecuentes está el linfedema, el seroma y la alteración de la movilidad o sensibilidad de la zona operada.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. El linfedema puede aparecer o presentarse hasta quince años o más, después de la cirugía.				
2. Evitar extracciones de sangre del brazo del mismo lado de la operación.				
3. Evitar coger peso o realizar ejercicios bruscos.				
4. Evitar heridas que puedan provocar infección, usar guantes cuando se usen productos corrosivos, evitar mordeduras y arañazos, tener cuidado con la manicure.				
5. Evitar ropa ajustada.				
6. No llevar reloj, pulsera o anillos en el brazo afectado.				
7. Por las noches mantener el brazo ligeramente elevado.				
8. Cuidado con los masajes en los brazos, deben ser dados por profesionales calificados.				
9. Acuda a su especialista de inmediato si: fiebre de más de 38°C, escalofríos, secreción procedente de la incisión, hinchazón alrededor de la incisión, aumento del dolor en la zona de la incisión, hinchazón en el brazo o en la mano del mismo lado de la operación.				
10. La alteración de la movilidad del brazo operado se produce por el linfedema o por defecto neuromuscular postquirúrgico.				
11. A veces el área se amplía al hombro, columna cervical y parrilla costal, siendo frecuentes las contracturas musculares y el dolor de tipo inflamatorio.				
12. La alteración de la sensibilidad de la zona operada es cuando aparecen sensaciones dolorosas, punzantes.				
13. También puede aparecer adormecimiento e hipoestesia (falta de sensibilidad) sobre todo en la cara interna del brazo afecto por sección de alguna estructura nerviosa.				

SECCION L: SOBRE TRATAMIENTOS POST-CIRUGIA

En determinados casos el médico puede proponerle realizar como parte del tratamiento requerido además de la cirugía, otros tratamientos, que se decidirán en consulta multidisciplinaria. Entre estos se encuentra la Quimioterapia, la Radioterapia y Hormonoterapia.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PS P	(3) SP
1. QUIMIOTERAPIA				
1.1. La quimioterapia es un tipo de tratamiento donde se utilizan medicamentos (fármacos) para destruir y evitar el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células cancerosas que se encuentren fuera de la zona mamaria.				
1.2. Existen varias vías de administración, aunque la más frecuente es la vía venosa.				
1.3. Se administra en ciclos y su duración suele ser de 4 a 8 meses.				

1.4.No requiere hospitalización por lo que se puede realizar de forma ambulatoria.				
1.5.El tratamiento suele ser bastante duro y los síntomas más frecuentes son: náuseas, vómitos, cansancio, caída del cabello, mucositis y diarreas.				
1.6. Antes del tratamiento, será informada sobre todos estos aspectos por su quimioterapeuta.				
2. RADIOTERAPIA				
2.1. Es la administración de radiaciones ionizantes, producidas a partir de una fuente de cobalto, acelerador lineal, o mediante un isótopo para destruir las células tumorales a nivel de la glándula mamaria o a nivel de los ganglios linfáticos próximos a ella.				
2.2. Suele tener una duración media de 4-5 semanas.				
2.3. El tratamiento, será diario durante unos Pocos minutos y no será necesaria la hospitalización.				
2.4. El tratamiento, suele ser bien tolerado, permite a la mujer continuar con su vida social y laboral.				
2.5. Los síntomas suelen aparecer a partir de la 3ª-4ª semana del tratamiento y son:				
a) Enrojecimiento de la piel en las zonas tratadas: Utilizar jabones neutros para la higiene diaria y prendas de algodón que no ajusten, evitar tomar el sol durante el tratamiento y el trimestre siguiente. La piel al final del tratamiento, es más oscura. Poco a poco recuperará su coloración habitual. Utilice fomentos de manzanilla, guayaba en la zona irradiada.				
b) Molestias o dificultad para tragar: Coma comidas blandas que no le cuesten para tragar. Desaparece tras el tratamiento.				
c) Cansancio: Depende de la persona y como los síntomas anteriores cesan tras el tratamiento.				
3. HORMONOTERAPIA				
3.1. Consiste en utilizar medicamentos para bloquear la actividad de las hormonas circulantes y su efecto, lo cual puede frenar el crecimiento de tumores.				
3.2. Los síntomas más frecuentes suelen ser: amenorrea (ausencia de menstruación) y sofocos.				

SECCION M: SOBRE RECONSTRUCCION

La Cirugía reconstructiva ayuda a restablecer la imagen corporal. No es un capricho estético ni un peligro innecesario. Debe saber que no modifica el pronóstico de su enfermedad (la reconstrucción no mejora ni empeora la enfermedad), no obstruye las pruebas de control (mamografías, ecografías) y no limita los tratamientos que pueda necesitar en el futuro (quimioterapia y radioterapia u otros).

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Una mama reconstruida tendrá sus limitaciones estéticas y funcionales (pérdida de sensibilidad al tacto, lactancia), pero le aportará calidad de vida.				
2. Hoy existen múltiples técnicas de reconstrucción, según su caso. Su especialista en Cirugía Plástica y usted decidirán la que más le conviene. Prácticamente todos los casos pueden reconstruirse.				

3. Esta cirugía debe hacerse inmediatas o diferidas de 18 a 24 meses en dependencia de la situación clínica individual.				
4. Se inicia en cuanto se determina el estadio de su proceso (situación precoz o avanzada de la enfermedad) y finalizan los tratamientos complementarios (quimioterapia, radioterapia) si lo requiere.				

SECCION N: SOBRE PROTESIS EXTERNAS

La finalidad de las prótesis y de la reconstrucción mamaria es lograr un volumen en el lugar de la mastectomía y una simetría en cuanto a su forma y posición. Esta prótesis será recetada por el cirujano. Se podrá acercar a cualquier ortopedia técnica especializada y adquirirla.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Las prótesis externas: son suaves y flexibles, tienen una buena tolerancia cutánea, no producen alergias, tienen un tacto graso y a la presión externa ofrecen la misma consistencia que un pecho natural. En contacto con la piel adquieren rápidamente la temperatura corporal. Resisten bien el calor y no se alteran en contacto con él. Agua, se secan rápidamente sin retener humedad, las hay de diferente peso, tamaño y forma para adaptarse a la anatomía de cada mujer.				
2. Muchas mujeres utilizan la prótesis directamente sobre la piel, otras prefieren usarla con una funda de algodón. Por otro lado, hay quien sigue usando su sujetador habitual y quien los adquiere especialmente adecuados para sostener la prótesis. También existen prótesis que van unidas directamente al cuerpo adheridas a la piel.				
3. La primera prótesis que se colocará será una fabricada con materiales suaves (algodón) que no irrita la piel y que se adaptan bien, utilizando los sujetadores especiales que existen en el mercado (ortopedia). Se pueden colocar en el momento que se han retirado los puntos de la piel. La doctora que las atienden les facilitará la información para conseguir esta prótesis.				
4. Las prótesis de silicona: se colocarán a los 30-40 días, cuando el proceso de cicatrización ha terminado, salvo en pacientes con colgajo miocutáneo o que hayan sido tratadas con radioterapia, se esperará hasta que la piel esté íntegra.				
5. El uso diario de esta prótesis es importante para evitar deformaciones de la columna vertebral.				
6. Los cuidados de las prótesis son: no golpearlas, no exponerlas a temperaturas altas, lavarlas cada 4-5 días con jabón neutro y agua tibia y cambiarlas cada 2-3 años.				

SECCION Ñ: SOBRE EJERCICIOS DE REHABILITACION

La realización de ejercicio físico progresivo y controlado provoca un efecto positivo, ya que aumenta la fuerza, mejora el movimiento del brazo, disminuye el dolor y la rigidez del hombro y a nivel general previene la osteoporosis y mejora el sistema cardiovascular. Todo ello hace que la mujer se sienta mejor y favorece la reincorporación a las actividades de la vida diaria.

Empiece de forma suave, haga solamente 3-5 repeticiones, para no agotarse y aumente el número hasta 10, 15, 20, 30, según gane movilidad y confianza, puede aumentar hasta lograr 1 hora como mínimo de ejercicios. El límite del movimiento lo pone usted, no debe tener molestias, si aparece dolor pare. No realice movimientos bruscos. Repita la tabla de ejercicios de 3 a 4 veces al día, para que estos se conviertan en una rutina. (En la guía están con imágenes para una mejor comprensión por parte de la paciente de las diferentes posiciones de los brazos).

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Ejercicios para realizar en el hospital: a) Subir el brazo afecto intentando tocarse la cabeza. b) Conseguir el movimiento de peinarse, manteniendo la cabeza derecha. Primero por el lado afecto, hasta conseguir llegar al otro lado.				
2. Cuando la enfermera se lo indique apoye las palmas y antebrazos sobre una pared y en ángulo recto. Con los dedos del lado afectado subirá lentamente por la pared (sin separar el codo de la pared) llegando cada vez más alto (como arañita).				
3. Ejercicios para realizar en el hogar:				
a) Brazos caídos a lo largo del cuerpo. Subir los hombros hacia arriba. Tome aire por la nariz, lentamente y vuelva a bajarlos.				
b) Girar la cabeza a la derecha y luego a la izquierda.				
c) Inclinar la cabeza hacia delante y luego hacia atrás.				
d) Antebrazos elevados a la altura del pecho, en paralelo y uno sobre otro y en ángulo recto. Acercar los omóplatos a la columna vertebral.				
e) Antebrazos elevados a la altura del pecho, en ángulo recto. Presionar las palmas de las manos. Dejar de presionar las palmas de las manos.				
f) Extender los brazos a la altura de los hombros. Girarlos hacia atrás. Girar los brazos ahora en sentido contrario, hacia delante.				
g) Levantar el brazo en ángulo recto con los dedos extendidos. Girar la muñeca, unas 10 veces, moviendo con suavidad. El otro brazo colocarlo a lo largo del cuerpo.				
h) Levantar los brazos hacia arriba por encima de la cabeza y realizar movimientos giratorios con los hombros.				
i) Haciendo ángulo recto, doblando el codo y las manos extendidas hacia abajo, simular fregar cristales. Elevar los brazos y hacer lo mismo por encima de la cabeza.				
j) Con los brazos elevados por encima de la cabeza, balancearlos hacia un lado y hacia otro.				
k) Con una mano elevada por encima de la cabeza y otra detrás de la cintura, alternarlas.				
l) Situar los brazos detrás de la nuca con las manos entrelazadas, aproximar los codos.				
m) Con los brazos extendidos, sostener una toalla, tirando de ambos extremos, bajar los brazos con ella y tirar de ambos extremos.				

n) Seguir con la toalla, con un extremo y otro subir y bajar por la espalda.				

SECCION O: SOBRE TECNICA DE AUTOEXAMEN DE MAMA Y SIGNOS DE ALARMA

Debe realizarse de forma periódica una vez al mes y una semana después de la menstruación. En caso de mujeres menopáusicas asociarla a algún día del mes. Con tranquilidad, sin prisas.

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. INSPECCIÓN.				
a) Se realiza de pie frente a un espejo. Con los brazos caídos al lado del cuerpo, se observa el aspecto externo de las mamas y los pezones.				
b) Se ponen las manos sobre la cintura y se contraen los músculos de la mama, para así detectar posibles deformaciones o anomalías.				
c) Poniendo las manos sobre la nuca girar ligeramente el busto hacia la derecha y luego hacia la izquierda, observando si se nota cualquier cambio de tamaño o de forma, si la piel presenta rugosidades o pliegues o cualquier cambio en el contorno de las mamas y pezones, que la cicatriz mantiene aspecto normal, enrojecimiento, o color morado, desviación o retracción del pezón, secreciones. (Siempre respecto a la última exploración realizada).				
2. PALPACIÓN.				
a) Se puede realizar bien durante la ducha, con la piel enjabonada o acostada en la cama.				
b) Se utilizará la mano contraria a la del pecho que va a palpar y el brazo de la mama explorada se colocará debajo de la cabeza.				
c) Se intentará seguir siempre un mismo orden.				
d) Imaginariamente se hará una división del pecho en cuatro partes o cuadrantes, mediante una cruz que tenga como centro el pezón.				
e) De la misma manera se examinará el cuadrante inferior interno y se aprovechará para palpar la zona que rodea al pezón.				
f) Seguidamente se baja el brazo y se coloca a lo largo del cuerpo para explorar de la misma forma el cuadrante superior e inferior externo palpando hacia la axila.				
g) Por último se palpa la axila, intentando descubrir posibles bultos y nódulos.				
h) Finalmente, se exprimen suavemente cada uno de los pezones y se observa si se produce alguna secreción y sus características.				
3. SIGNOS DE ALARMA				
a) Una de las mamas tiene un tamaño o dureza mayor o menor que la otra.				
b) Puntitos parecidos a la piel de naranja o cualquier otro tipo de mancha, arruga o pliegue.				
c) Si no estás dando el pecho ni estás embarazada y observas que sale algún líquido por el pezón.				
d) El pezón se retrae o tiene llagas.				

e) Aparece algún bulto en el pecho o en la axila.				
f) Si alguna cicatriz o bulto ya existente cambia de aspecto, tamaño consistencia.				

SECCION P: SOBRE CONSULTA DE CONSEJERIA DE ENFERMERIA

Se creará esta consulta para tener impresa la guía de autocuidado y entregar a la paciente antes de la cirugía en forma de plegable, tríptico o libro de bolsillo según defina el diseñador con toda la anterior información disponible, teniendo en cuenta con un comunicador la revisión de las terminologías científicas, ya trabajadas con una muestra de pacientes para el entendimiento popular de esta guía, que sea comprensible para todo tipo de pacientes. La explicaría previa preparación en taller de posgrado que se impartirá a las enfermeras de consulta y los enfermeros del servicio de cirugía

CUIDADOS DEL CUESTIONARIO OBJETO DE VALIDACIÓN	(0) NP	(1) PNP	(2) PSP	(3) SP
1. Puede realizarse en la consulta por parte de la enfermera cuando se decide su operación o luego al ingreso el primer día en la sala para la cirugía, de forma individual o colectiva como una acción independiente de Enfermería.				
2. Mediante charla educativa para mejorar los conocimientos de la paciente sobre el autocuidado y a sus familiares.				
3. Entregar un plegable con dicha información como material de consulta posterior.				
4. Puede acudir a nuestro hospital ante cualquier duda u orientación necesaria sobre los aspectos de la guía u otros relacionados con su enfermedad.				

Puede agregar alguna observación si lo considera.

ANEXO 5

GRUPOS DE DISCUSIÓN

Objetivo de la técnica: Identificar barreras y facilitadores para la aplicación de la guía de autocuidados para pacientes mastectomizadas

Día:

Hora:

Lugar:

Desarrollo

Previo al inicio se dispuso las sillas en forma de herradura, la moderadora y auxiliares de investigación repasaron sus roles durante la técnica. De los tres auxiliares de investigación, una fue observadora y realizó la relatoría. Las otras dos grabaron la sesión desde diferentes posiciones para garantizar la escucha y la transcripción posterior lo más fiel posible, además estuvieron al tanto de cualquier necesidad logística que ocurrió durante la sesión.

La moderadora recibió en la puerta a los participantes, los saludó con los buenos días y los invitó a sentarse según preferían.

Después de acomodados todos, la moderadora se presentó, así como a los auxiliares de investigación y les explicó cuáles serían sus roles, para que conociera que estos se moverían por el salón. Posteriormente explicó que esta técnica grupal forma parte de una investigación que se realiza en el Hospital Celestino Hernández Robau y que ella coordina el equipo de investigación.

Se explicó que como parte de la investigación la participación es voluntaria, anónima y que los resultados sólo se utilizarán con fines investigativos, se les pidió firmar el consentimiento si están de acuerdo y los que no deseen participar pueden retirarse.

Una vez acomodadas todas las personas que accedieron a participar se les explicaron las normas grupales que deben respetarse durante la sesión, las cuales fueron:

- Todas las personas tienen total libertad de expresar sus opiniones, basado en que todos los criterios son importantes.
- Solicitar la palabra.
- Respetar el criterio ajeno y no emitir juicios de valor.

Se entregaron las guías de autocuidado y se les realizaron las siguientes preguntas:

Grupo discusión 1. Pacientes mastectomizadas (M)

Grupo de discusión 2. Pacientes pendientes a operarse (P)

1. ¿Considera que el formato es adecuado, se entiende la información y las figuras muestran claramente los contenidos?
2. ¿Si tuviera que sugerir el uso de la guía para pacientes operadas, cuándo recomendaría aplicarla?
3. ¿Cree están todos los aspectos de autocuidado que necesita, desearía quitar o adicionar alguno?
4. ¿Cree de utilidad el uso de la guía?
5. ¿Existe alguna dificultad para aplicarla?

Grupo discusión 3. Enfermeros del servicio mastología (E)

1. ¿Para trabajar con la guía y aplicarla en su servicio, como recomendaría aplicarla, en que momento entregarla?
2. ¿Considera alguna barrera para aplicar la guía?
3. ¿Cree adecuado el formato y se entiende?

Concluido el debate se leyó el resumen de lo debatido con el objetivo de que los participantes ofrezcan su aprobación de que eso fue lo que quisieron decir.

Se cerró la sesión y se ofrecieron las gracias a los participantes, se explicó que cuando se realice el análisis de contenido se volverán a invitar para presentar los resultados.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hospital Universitario Oncológico Dr. Celestino Hernández Robau

Estimada paciente o profesional, en el Hospital se realiza una investigación titulada "Intervención de enfermería para pacientes Mastectomizadas" para la realización de una tesis Doctoral de enfermería, usted ha sido seleccionado como participante, por los aportes que puede realizar de acuerdo con sus vivencias y experiencias al mencionado estudio donde abordaremos aspectos de autocuidado para estas pacientes. La información que se obtenga será anónima y solo se utilizará con fines científicos. Si usted accede a participar y por cualquier motivo desea abandonarlo durante el periodo de estudio es libre de hacerlo sin consecuencia alguna.

A partir del presente documento, manifiesto que:

Estoy dispuesto a participar en el estudio y para que así conste firmo a continuación para expresar mi consentimiento:

Nombre y apellidos del participante: _____

Firma: _____

Agradecida por su participación

Firma de la investigadora: _____

Fecha: enero de 2018

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora principal del estudio, Magny Martín Hernández, puede hacerlo a la siguiente dirección: magnymh@infomed.sld.cu teléfono: 42225771

ANEXO 7

RESUMEN DESCRIPTIVO DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

Autores	Objetivo	Metodología	Resultados
1. Capllonch, 2015 ⁽⁶⁴⁾	Elaborar plan de cuidados de enfermería orientados a mejorar calidad de vida de pacientes mastectomizadas.	Propuestas a partir expertos de plan de cuidados	La incorporación de una consulta de Enfermería. - Revisión de la HC. - Valoración inicial de la paciente - Medidas antropométricas. - Valorar el estado general. - Vigilancia de la piel. -Cuidados de soporte durante radioterapia por cáncer de mama.
2. Figueroa-varela, 2017 ⁽⁶²⁾	Elaborar una guía para el autocuidado y detección del Cáncer de Mama	Información a todas las mujeres, de diferentes grupos de edad, tanto a quienes han crecido en condiciones privilegiadas como a quienes provienen de zonas vulnerables y han tenido menos acceso a los servicios de salud y educación. Se les explica diferentes aspectos en torno al desarrollo de esta enfermedad y sobre las acciones que hay que hacer durante el tratamiento y rehabilitación.	Aspectos físicos, emocionales y a los que tienen que ver con la convivencia con los otros, tanto dentro de la familia como en la convivencia con amigos, trabajo y comunidad. Guía realizada para ser leída y aplicada. Para informar, sensibilizar y ayudar a tomar decisiones que estén basadas en información científica. En forma de historietas con vivencias de las mujeres que han padecido de cáncer de mama.
3. Cuamatzi et al, 2015 ⁽⁶³⁾	Elaborar un manual para proporcionar Educación para la Salud tanto en la comunidad como en los centros de salud, clínicas, hospitales de segundo y tercer nivel a pacientes mastectomizadas durante el puerperio.	Manual impreso de autocuidado a pacientes mastectomizadas durante el puerperio	Aborda cuidados y autocuidados durante la realización de la mastectomía, complicaciones , ejercicios de rehabilitación y tratamiento después de la cirugía
4. Quezada, 2015 ⁽⁶⁵⁾	Determinar la atención de enfermería en	Mediante la aplicación de encuestas y guías de observación para el	Aplicación del proceso de atención de enfermería, las características de las mujeres y propias del cáncer,

	el manejo de pacientes con cáncer de mama en el hospital oncológico SOLCA Machala.	diseño de una propuesta de atención.	entre los resultados se encontraron que; en un 98% no cumple el personal de enfermería con su atención fundamentada en el Proceso de atención de enfermería. Protocolo de asistencia estandarizado para la atención de pacientes mastectomizadas.
5. Aranda de Lara. et al, 2018 ⁽⁶⁷⁾	Elaborar una guía de cuidados para pacientes mastectomizadas	Guía de cuidados	Formato digital. Información acerca del cuidado con el brazo afectado, medidas a seguir en casa, tratamiento del linfedema, ejercicios físicos en el hospital y en el domicilio, autoexploración mamaria, alimentación, recuperación psicoemocional, imagen corporal.
6. Figueroa Portillo. et al, 2012 ⁽⁶⁸⁾	Elaborar un Protocolo de Autocuidado en pacientes postmastectomizadas que acuden a Consulta Externa de Oncología Clínica y Quimioterapia.	Estudio descriptivo, que permitió elaborar un protocolo de autocuidado en pacientes postmastectomizadas que acudieron a consulta externa de Oncología Clínica y Quimioterapia del “Hospital Vicente Corral Moscoso”. Se utilizó la observación y la entrevista estructurada, que permitió plantear preguntas idénticas a todas las pacientes postmastectomizadas para determinar los factores de riesgo y complicaciones de la mastectomía.	Determinó las complicaciones más frecuentes Elaboraron un protocolo de autocuidado en pacientes postmastectomizadas sobre: ejercicios, masajes, dieta, medidas higiénicas, control médico, sexualidad, vestimenta, aspecto psicoafectivo y prevención de infecciones.
7. Bañón Amat. et al, 2010 ⁽⁶⁶⁾	Disponer información suficiente para mujeres mastectomizadas	Guía de cuidados	Desarrollo de los aspectos a tratar en la guía: Presentación Introducción 2. Definición 3. Cuidados generales durante la estancia hospitalaria 4. Cuidados generales tras el alta 4.1. Higiene y cuidados del brazo afecto 4.2. Vestido y complementos 4.3. Alimentación 4.4. Actividades de la vida diaria. Trabajo 4.5. Deporte y ocio

4.6. Relaciones personales y familiares embarazo tras mastectomía

5. Complicaciones

5.1. Linfedema

5.2. Seroma

5.3. Alteración de la movilidad

5.4. Alteración de la sensibilidad de la zona operada

6. Ejercicios de rehabilitación tras la cirugía

7. Tratamientos tras la cirugía

8. Reconstrucción / prótesis de mama

9. Autoexploración y signos de alarma