

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**DEVELANDO EMOCIONES DE LOS ADULTOS CON
CANCER. CHIMBOTE, 2017.**

PRESENTADO POR:

Bach. CAJA FLORES, Lilibeth Yuvitza

Bach. LOZANO GABRIEL, Mayra Alejandra

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ASESORA:

Dra. MORGAN ZAVALETA, Isabel

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V°B de:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Morgan Zavaleta', is written over a horizontal line.

Dra. Morgan Zavaleta, Isabel

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



HOJA DEL AVAL DEL JURADO EVALUADOR

El presente trabajo de tesis titulado "DEVELANDO EMOCIONES DE LOS ADULTOS CON CÁNCER. CHIMBOTE.2017" para obtener el título profesional de Licenciada en enfermería, presentado por la Bach. CAJA FLORES LILIBETH YUVITZA y Bach. LOZANO GABRIEL MAYRA ALEJANDRA, que tiene como Asesor a la docente Dra. Isabel Morgan Zavaleta designado por resolución decanatural N°352-2015-UNS-FC. Ha sido revisado y aprobado el día por el siguiente jurado evaluador, designado mediante resolución 140-2018-UNS-FC.

Dra Falla Juárez, Luz

PRESIDENTA

Dra. Rosas Guzmán Inés

SECRETARIA

Dra. Morgan Zavaleta Isabel

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

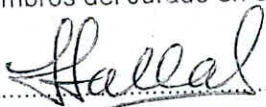
En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
Aula Multimedia de Escuela de Enfermería, siendo las 11:30 horas del
día 18 de junio 2018, dando cumplimiento a la Resolución N°
164-2018-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Luz
Falla Juárez, teniendo como miembros a Dra. Inés Rosas
Guzmán (secretario) (a), y Dra. Isabel Morgan Zavaleta (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciada en Enfermería
realizado por el, (la), (los) tesista (as) Mayra Alejandra Lozano Gabriel y
Lilbeth Yuvitza Caja Flores

....., quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
"Desvelando emociones de los adultos con cáncer, Chimbote, 2017."

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas
por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
Excelente asignándole un calificativo de 29.3 puntos, según
artículo 40° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente
(Res.471-2002-CU-R-UNS)

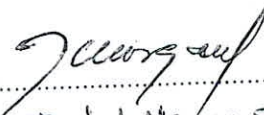
Siendo las 12:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad



Nombre: Dra. Luz Falla Juárez
Presidente



Nombre: Dra. Inés Rosas Guzmán
Secretario



Nombre: Dra. Isabel Morgan Zavaleta
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo siempre, por fortalecer mi corazón, iluminar mi mente y haber puesto en mi camino personas que han sido mi soporte y compañía durante todo mi periodo de estudio.

A mis padres Hernán y Vicky, a mi hermano Víctor, quienes confiaron en mí y me brindaron su apoyo incondicional, por sus consejos, ser pilar fundamental en todo lo que soy, como persona y profesional.

A mis familiares y amigas, quienes me apoyaron en toda mi formación profesional, por sus consejos y palabras de aliento para seguir adelante, por compartir buenos y malos momentos.

Lilibeth Yuvitza Caja Flores

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi fortaleza para no darme por vencida, por llenar mis días de constantes bendiciones, por hacer posible cada logro obtenido.

A mis padres Santos y Flor, a mi hermano Josué, que son mi gran bendición, el regalo más hermoso que Dios me ha brindado y los pilares de mi fortaleza, su esfuerzo y dedicación me enseñan a superar cada obstáculo y a valorar cada situación de la vida.

A mis primas y amistades, que constantemente estuvieron apoyándome y alentándome a seguir adelante.

Mayra Alejandra Lozano Gabriel

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela Profesional de Enfermería por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestra asesora la Dra. Isabel Morgan Zavaleta por su amistad y dedicación constante, quien con sus conocimientos, experiencias, orientación, paciencia y motivación ha logrado en nosotras, terminar nuestro informe con éxito y gran satisfacción.

A nuestros docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por sus sabias enseñanzas que nos permitieron crecer en lo personal y profesional, por su paciencia y por brindarnos una formación espiritual, humanística, ética, tecnológica y científica.

A los adultos con cáncer de la "Comunidad 21 de Abril" por su colaboración y confianza depositada en nosotras al abrirse en cada uno de sus testimonios, sin ellos no habría sido posible culminar la presente tesis.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	11
II. ABORDAJE TEÓRICO	31
III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	37
IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DISCURSOS	55
V. CONSIDERACIONES FINALES	95
VI. RECOMENDACIONES	99
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	112

RESUMEN

La presente investigación Cualitativa de trayectoria fenomenológica tuvo como objetivo analizar, comprender y develar las emociones de los adultos con cáncer. La muestra estuvo constituido por 10 personas adultas, según criterios de selección y se determinó según la técnica de saturación de discursos. Los datos fueron obtenidos a través de la entrevista en profundidad; el análisis se realizó a través de la trayectoria fenomenológica propuesta por Martins y Bicudo. El objeto fue develar el fenómeno sobre las emociones de los adultos con cáncer y construir los significados que más se aproximen. Los (as) participantes expresaron sus emociones que tuvieron durante el proceso de su enfermedad, la información obtenida fue analizada y organizada identificando como resultado ocho Unidades de Significado, las que ayudaron a develar las emociones de los adultos con cáncer: Recibiendo la noticia, Temor a la muerte, Preocupación por la familia, Temor al tratamiento, Desconocimiento de la enfermedad, Sintiendo apoyo familiar, Confianza en Dios, Valorando la vida.

Palabras clave: Adulto con cáncer, emociones.

ABSTRACT

The present qualitative investigation of phenomenological trajectory was aimed at analyze, at understanding and at unveil the emotions of adults with cancer. The sample consisted of 10 adults, according to selection criteria and was determined according to the speech saturation technique. The data was obtained through the in-depth interview; the analysis was made through the phenomenological trajectory proposed by Martins and Bicudo. The purpose was to reveal the phenomenon about the emotions of adults with cancer and to construct the meanings that most closely approximate. The participants expressed their emotions that they had during the process of their illness, the information obtained was analyzed and organized identifying as result ten Units of Meanings, which helped to unveil the emotions of adults with cancer: Receiving the news, Fear of death, Concern for the family, Fear of treatment, Ignorance of the disease, Feeling family support, Confidence in God, Value of life.

Key words: Adults with cancer, emotions.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano es único y total, siente y tiene necesidades de crecimiento y desarrollo, es considerado un sistema abierto con características biológicas, cognitivas, emotivas, sociales y espirituales, las cuales están interrelacionadas y en constante interacción con su entorno, con el que mantienen intercambio de información, energía y materia; es considerado un organismo biológico, capaz de pensar, vivir emociones, satisfacer necesidades básicas y al mismo tiempo conservar su equilibrio en un mundo que cambia constantemente (1).

Desde que el ser humano nace se ve expuesto a vivenciar numerosas y variadas crisis que afectan y/o alteran el estado físico, psíquico, social y emocional, que pueden ser producidas por enfermedades que causan dolor, decaimiento, ansiedad, amargura; dentro de éstas enfermedades se encuentra el cáncer (2).

El cáncer o neoplasia, es una enfermedad originada por un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células que tienen la capacidad de invadir otros tejidos, liberando parte de las células tumorales al torrente sanguíneo o linfático hacia cualquier parte del cuerpo. Existen 200 tipos de cáncer aproximadamente, y toma su nombre según el órgano en que comienza, como cáncer de mama o de próstata; también encontramos otras

denominaciones como carcinoma, sarcoma o linfoma. El carcinoma describe los tumores que se encuentran en el tejido epitelial como la piel o envoltura de los órganos (ejm. útero y pulmones). Los tumores en el tejido conjuntivo, como los músculos o los huesos, son llamados sarcomas. Los tumores cerebrales se conocen como gliomas, y los que comienzan en el sistema linfático se llaman linfomas; el cáncer a la médula ósea se conoce como leucemia; y melanoma originado en las células pigmentadas, usualmente de la piel. El tratamiento puede ser quimioterapia, radioterapia o cirugía (3).

La palabra cáncer es una de las más aterradoras que existen, recibir la noticia de un diagnóstico de cáncer es espantoso y abrumador, la persona supone que va a morir, enfrenta la posibilidad de morir, duelo por la salud, sentimiento de pérdida; estados depresivos, daño en el autoestima, deterioro en el sentido de identidad ya que la enfermedad puede incapacitar a futuro (3) (4).

La persona con cáncer experimenta diversas emociones y pensamientos, y cuando tiene una persona cerca de él (ella) los expresa (5):

- “Que tristeza y ahora ¿qué haré? mi familia, mis hijos dependen de mi” (Violeta)
- “Cuando me enteré de que tenía cáncer, sentí mareos, se

nubló todo a mi alrededor” (Aleli)

- “El Dr. me dijo que existen tratamientos, es difícil sin algún tipo de seguro, cuesta mucho” (Clavel)

Las emociones, son el eje central sobre el que gira la vida, vinculan con el mundo a partir del ciclo percibir - sentir - expresar, estando presente en la vida de cada persona constituyéndose mediante componentes subjetivos, fisiológicos y conductuales que expresan la percepción respecto al estado mental, corporal y la forma en que interactúa con el entorno; facilitando la adaptación del adulto con cáncer (6).

Según las etapas del desarrollo psicosocial de Erickson, en la etapa del adulto maduro la persona atraviesa el conflicto entre productividad v/s estancamiento, donde la productividad implica el dar lo más auténtico, lo propio, aquello que ha pasado por la propia experiencia y se manifiesta en los hijos, valores, trabajo y la relación con los demás. Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, llevando a invalidez física o psicológica; surgen ciertos temores por la pérdida de facultades intelectuales, produciéndole emociones como preocupación y frustración. En la etapa del adulto mayor se atraviesa el conflicto de integridad v/s desesperación, los adultos mayores necesitan contemplar su vida anterior y sentir una sensación de plenitud. El éxito en esta etapa conduce a sentimientos de sabiduría, mientras que los resultados

de fracaso producen pesar, amargura y desesperación; estos cambios surgen emociones como soledad, culpabilidad por errores pasados, melancolía, preocupación y frustración por los cambios físicos, depresión y ansiedad (7).

Los adultos maduros y mayores a quienes se le diagnostica cáncer intensifican las emociones propias de su salud, siente temor de preocupar a sus seres queridos, oculta sentimientos y preocupaciones propios de la enfermedad por la que está atravesando, y al no expresar su sentir puede complicar su salud física y psicológica, de ahí el propósito de develar, las emociones que experimenta el adulto con cáncer (8).

Toda persona afectada por una enfermedad se inunda en un sin fin de dudas, el adulto con cáncer independiente del tipo de cáncer y sexo, no es la excepción, experimenta muchas emociones encontradas, se pregunta ¿Por qué a mí? ¿Qué hice mal? ¿A caso será un castigo divino? Busca respuestas, tratando de dar solución, negociando una cura inmediata o negando la realidad, pasa por un proceso de aceptación riguroso negando con gran abatimiento el pánico total, el rechazo a aceptar o admitir la realidad, hace todo lo posible para volver las cosas a su estado anterior, como un modo para reducir la ansiedad frente a esta amenaza. Experimenta la etapa de cólera reprochándose así mismo porque no cuidó de su salud antes, tratando de negociar su cura y al no verla factible, se

deprime, lucha sólo por evitar ver la dura realidad y decide dejar de esconderse, cae en la tristeza, es decir, una profunda depresión. Cuando el adulto con cáncer asimila su enfermedad, se pone en paz con la realidad, la mira con respeto, el dolor desaparece, como si la lucha hubiera terminado. Es finalmente libre de quedarse, de irse, de seguir adelante, de tomar las decisiones (9).

El adulto con cáncer es un ser que sobrepasa todo tipo de universalidad genérica, no puede clasificarse en varón o mujer, determinarse el tipo o grado de cáncer, no puede determinársele una entidad, el adulto es el ente físico o la realidad y en él está implícito todo lo que se aprehende, la profundidad misma del ser, las emociones y pensamientos que experimenta en primera instancia tras recibir este diagnóstico, independientemente del tipo de cáncer, o en qué grado se encuentra (4).

El cáncer en el adulto supone un cambio importante en su vida; pasa de ser una persona más o menos sana, con sus ocupaciones y problemas cotidianos, a ser una persona con una seria enfermedad. Esta enfermedad genera síntomas múltiples y un gran impacto en la mayoría de los pacientes, familia y cuidadores, afectando en sus dimensiones: física, psicológica, social y espiritual (10).

El adulto con cáncer experimenta una serie de sensaciones nuevas y dolorosas, cuando se somete a tratamiento mediante quimioterapia, radioterapia, intervención quirúrgica, etc. Estas repercuten notablemente en todas sus dimensiones: En la dimensión física, la persona experimenta síntomas como: dolor, náuseas o cansancio extremo que causan angustia emocional. En la dimensión psicológica, surgen todo tipo de sentimientos y emociones: incredulidad, miedo, ira, ansiedad y tristeza. La persona tiende a sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor y a las cosas desconocidas. Los sentimientos de depresión, ansiedad y miedo son parte de esta experiencia que cambia la vida de la persona, produciendo cambios en la imagen corporal afectando la autoestima y la confianza. En la dimensión espiritual: La espiritualidad se caracteriza por la capacidad de buscar un propósito y un significado de tener fe, amar y perdonar, adorar y ver más allá de las circunstancias presentes, le permite a una persona sobrepasar o trascender. Dimensión social, presentan lejanía, se inmutan en ellos mismos, ocultan su enfermedad, dejan de trabajar; creyendo que los demás cuestionarán su aspecto o sentirán lástima de ellos (11).

Heidegger, M (2000), refiere que la relación inmediata con el mundo es a través de la comprensión, componiéndose el mundo de cosas, objetos, que en cada caso pueda comprenderse o no comprenderse, donde los seres humanos según él son colocados

en un mundo que ellos no hicieron; sin embargo, el individuo, siempre está en riesgo, de ser sumergido en un mundo de rutina diaria, y el comportamiento trivial de las personas. De ahí la sensación de temor, miedo y angustia, que trae al individuo a una confrontación con la muerte y con la inutilidad de la vida, pero solo con esa confrontación se puede alcanzar la auténtica sensación de libertad y existencia (4).

El cáncer significa el daño total a la existencia, origina el sufrimiento, no solo afecta estructuras psicológicas y físicas, la capacidad de acción también se ve afectada de modo permanente o temporal, el malestar, frustración y superación de las misma originan el autocuidado. La naturaleza del autocuidado se contempla en la capacidad del adulto con cáncer para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir a situaciones concretas de la vida, dirigida sobre sí mismo, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (12).

El adulto con cáncer debe considerar mantener acciones por sí mismo para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de la misma, para prevenir este suceso en su entorno familiar a partir de su propia experiencia; tras recibir cuidado humano, apoyo y enseñanzas

sobre la conservación de su entorno, como sobrellevar el sufrimiento en la que se ve envuelto, la importancia de interactuar con su familia y quienes lo rodean, promoviendo las condiciones necesarias para la vida en su etapa adulta (maduros o mayores), afrontando el impacto de este abrumador diagnóstico que declina la salud emocional y física, brindándoles fortaleza, la capacidad de convivir, crecer y humanizarse, acogiendo la vida con entusiasmo (13).

La teoría de Watson va a permitir a la enfermera mostrar preocupación e interés por las emociones que puedan estar vivenciando los adultos con cáncer, donde le brindará su apoyo asumiendo su compromiso de cuidar para que el adulto con cáncer sea partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla y mejorarla (14).

La pura expresión del Ser es el Ente y el Dasein, este último es el Ser- Ahí, comprende así mismo su existencia, desde una posibilidad; es libre de escoger posibilidades, le da importancia y sentido a las cosas del mundo correspondiéndole el estar- en- el- mundo. Dentro de las posibilidades, la muerte está en todas, el Dasein es un ser- para- la- muerte, saber esto causa angustia, una que no debe ser confundida con el temor, para no dejar de vivir, no es cualquier debilidad, en ella se encuentra el estado abierto del ser - ahí. Es así como llegamos a la autenticidad e inautenticidad,

la persona con cáncer que vive una existencia auténtica afronta esta angustia que es el cáncer, abre posibilidades y conoce que la muerte es una de ellas, pero esta una vez asumida y formándola parte de la verdad, permite enfrentarla con valor, y vivir una vida con más plenitud, elige que quiere y cómo afrontarlo tomando decisiones, sin aferrarse a ellas (4).

El adulto con cáncer que aún no afronta su realidad se aturde, rechaza la enfermedad, se entrega al mundo del “dasman” (se dice), la angustia y demás emociones hacen que rechace su realidad, se ensimisma, la preocupación por los eventos relacionados con la muerte hace que pierda su principal sentido de vida y la oportunidad de responsabilizarse de su propia existencia, entonces el adulto con cáncer por el mismo impacto vive una existencia inauténtica (4).

En el Ámbito Internacional se reporta las siguientes investigaciones:

En España. Krikorian, A. y Limonero, J. (2015). En su investigación: “Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado”. Encontraron como resultados, en la dimensión física, el malestar general, la astenia, la anorexia y el dolor tuvieron las puntuaciones más elevadas tanto en intensidad como en grado de amenaza. En la dimensión psicológica, la tristeza, el bajo estado de ánimo y la pérdida de la autonomía fueron los problemas con mayores puntuaciones tanto

en intensidad como en amenaza. Por su parte, en la dimensión social, la preocupación por el futuro de la familia fue el único problema con una intensidad y amenaza medias. En la dimensión espiritual las puntuaciones de los problemas indagados fueron, de baja intensidad y baja amenaza, excepto por el grado de sufrimiento auto- informado y de insatisfacción con la vida, mostraron una intensidad moderada a baja (15).

En España. Cunyer, A. (2014). Investigó: "Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal". Concluyó que la localización del tumor es un aspecto importante en relación al posible impacto en la autopercepción de la imagen corporal. En este sentido, aquellos tumores localizados en zonas más visibles como es el caso del cáncer de cabeza y cuello, el de mama o el colorrectal implican un proceso de adaptación importante para el paciente. En estos casos el posible rechazo social hacia una nueva imagen constituye un factor importante que los pacientes deben hacer frente. Algunos tumores como el de mama tienen connotaciones culturales que ocasiona que las personas que lo sufren puedan sentir inseguridades, baja autoestima, y otras alteraciones psicológicas (16).

En Colombia. Vargas, E. y Pulido, S. (2012). En su investigación: "Vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama". Concluyeron que el cáncer de mama desencadenó un gran

impacto psicológico en todas las pacientes en estudio, evidenciándose sentimientos como miedo, angustia y dolor, sentimientos de preocupación al pensar en la familia, y los proyectos de vida pendientes e incluso temor a la muerte (17).

En Bolivia. Díaz, I. y Vásquez, O. (2011). Investigaron: “La dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Municipio Sucre”. Obtuvieron como resultados que la mujer al ser diagnosticada con cáncer de cuello uterino tiende a bajar la autoestima, es indispensable que estas pacientes tengan clara la importancia que reviste el amor propio para asumir responsabilidades y comprender las consecuencias que ello genera. Esta influye en la aceptación de los hechos y permite sobrellevar la situación con una visión optimista y consciente (18).

En Colombia. Parra, C. García, L y Insuasti, J. (2011). En su investigación: “Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia”. Concluyeron que la experiencia de vivir un tratamiento con marcados efectos secundarios afecta la dimensión psíquica de la persona cambiando sus creencias, sus deseos y las relaciones con las demás personas de su entorno inmediato. La experiencia es vista como una enseñanza de la vida, más que un castigo, y produce un cambio espiritual hacia la búsqueda de ser mejor persona. Aunque todas las mujeres sienten

que no necesitan ningún apoyo emocional en el momento presente de la experiencia, pues consideran que han superado todos los momentos emocionales difíciles que produce la quimioterapia; reconocen que les falta apoyo psicosocial en las etapas del diagnóstico del cáncer y la etapa inicial del tratamiento. Las mujeres evaluadas reflexionan que habrían podido evitarse sufrimientos emocionales vistos como innecesarios durante estas etapas (19).

En Colombia. Parra, L. (2010). En su estudio: "Calidad de vida de mujeres con enfermedad crónica de cáncer de cérvix". Obtuvo como resultados en relación con la calidad de vida en la dimensión del bienestar psicológico que las participantes tienen una percepción negativa. Los ítems donde se observa mayor percepción negativa o problema en su calidad de vida son ansiedad y desesperación con un 50%, temor a futuros exámenes diagnósticos, cambios en el autoconcepto y depresión 42%, el 36% refiere que es muy difícil lidiar con la vida como resultado de la enfermedad. Para la dimensión social concluye que las participantes tienen una percepción negativa en algunos de los ítems, los más alterados son la afectación de la sexualidad, la interferencia de la enfermedad y tratamiento con la actividad laboral 56%, interferencia del cuidado continuo de salud con las relaciones personales 54%. En cuanto a la dimensión espiritual según sus hallazgos concluye que las participantes tienen una

percepción negativa de la calidad de vida en su dimensión de bienestar espiritual y se presenta mayor afectación en la calidad de vida en lo relacionado con poca importancia que se le da a otras actividades espirituales, como la meditación 74%, seguido por una percepción de mucha incertidumbre con el futuro 38% (20).

En Chile. Calvo, M. y Narváez, P. (2009). Investigaron: "Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas". Concluyeron que dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, en primer término deben de aceptar la mastectomía, proceso disímil en las pacientes y que se ve influenciado por distintos factores psicosociales como feminidad, temor a las consecuencias si la intervención no se realiza, temor a la discriminación, al desamparo de los hijos a la vez que reafirma su rol de sostén del hogar y siente pánico por el futuro de sus hijos (21).

En el Ámbito Nacional se reporta las siguientes investigaciones:

En Piura. Capcha, T. (2015). En su estudio: "Vivencias de las mujeres sometidas a mastectomía". Concluyó que existe una percepción desfavorable hacia su imagen corporal, se sienten menos femeninas por la falta de una mama, en el aspecto psicológico y sentimental piensan que la relación con su pareja se va a ver perturbada, en relación al aspecto social ya no les agrada

recibir visitas de amigos, les cuesta insertarse nuevamente a la vida social. En relación a la capacidad de afrontamiento de la familia de las mujeres que sufrieron mastectomía, lograron adaptarse a la situación realizando actividades como diálogo con los médicos sobre todo para conocer exactamente la dimensión del problema, reuniones con toda la familia para organizarse y poder ayudar a los familiares inmersos en esta situación (22).

En Lima. Diaz, A. y Yaringaño, J. (2010). En su investigación: "Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos". Concluyeron que en los pacientes oncológicos varones y mujeres con respecto al clima familiar y el afrontamiento al estrés. Se observa que las mujeres tienen estrategias de afrontamiento positivo en mayor medida en relación a los hombres. Además, que entre los pacientes oncológicos de acuerdo a su edad, en función del clima familiar; sin embargo, existen diferencias significativas en estrategias de afrontamiento al estrés, siendo los pacientes de 40 a 50 años presentan afrontamiento positivo y los pacientes de 30 a 40 presentan afrontamiento negativo (23).

En el Ámbito Local se reporta la siguiente investigación:

En Chimbote. Risco, J. (2014). En su estudio: "Clima social familiar y locus de control de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014". Concluyó que, de las 16 personas con cáncer entrevistadas, la mayoría de los

pacientes (93,8%) presenta un clima social familiar bajo al percibir a sus familias con poco interés; niveles bajos (93,7%) en relaciones y estabilidad del clima social familiar, percibiendo los pacientes que la comunicación, la expresión e interacción en su familia no es el adecuado; bajo nivel en expresión y cohesión (87,5%) en el clima social familiar ya que no ha sido fomentado un adecuado apoyo familiar, alto nivel en el área de moralidad - religiosidad (62,5%) los pacientes guardan estas características para auto ayudarse (24).

En Nuevo Chimbote. Morgan, Y; Falla, L. y Serrano, C. (2014). En su investigación: "Vivencias de ser mujer con cáncer de mama". Concluyeron que, en el proceso de su enfermedad, la mujer con cáncer de mama vivencia la noticia, siente temor a morir, expresa sentimiento de angustia por los hijos, teme las complicaciones, enfrenta conflicto con la imagen corporal, siente apoyo de la familia y expresa confianza en Dios (25).

El cáncer independiente de la edad, género, estadio de la enfermedad; suele ser un hecho negativo y catastrófico; se asocia directamente al sufrimiento y la muerte. La idea de llegar a morir se asocia a separarse de los seres queridos y a suspender las metas que se había fijado. Este trabajo muestra una mirada más profunda acerca de cómo viven los adultos con cáncer, desde el momento en que recibieron la noticia y durante el tiempo en que reciben el

tratamiento, recuperación y rehabilitación. También cómo afecta las distintas dimensiones de la persona (física, psicológica, social y espiritual); y como afecta a su entorno más cercano, su familia; basta que un miembro de la familia tenga esta enfermedad, afecta a todos, la familia ya no vuelve hacer la misma, ya que existe el miedo a perder a su ser querido y entran en constante lucha de salir adelante, brindando apoyo emocional a la persona con cáncer.

La motivación para realizar el presente trabajo de investigación, fue haber vivido de cerca el proceso de la enfermedad como cuidador directo de un familiar con cáncer, la experiencia de recibir la noticia de un diagnóstico de cáncer de un familiar cercano. Afecta a la persona y al resto de la familia, se siente miedo a perder al ser querido, invade un profundo dolor al ver como esta enfermedad va deteriorando la salud de la persona que amas. El impacto que causa en la persona el recibir el diagnóstico de cáncer, el tiempo de asimilación es lento y doloroso, tiene que enfrentar nuevos cambios, surgen muchas dudas alrededor, mientras que las emociones lo embargan, en ocasiones puede verse alejado de sus familiares por pena, tristeza; sufren en silencio al pensar que morirá y el cargo que podría causar a su familia, este proceso de asimilación es abrumador, en donde la persona experimenta crisis de llanto o enojo hasta redescubrir el nuevo sentido de la vida, lo que significa vivir día con día, el ser un sobreviviente de cáncer y un gran luchador.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que el cáncer a nivel mundial es una de las principales causas de muerte, falleciendo cada año 8,2 millones de personas, aumentando los nuevos casos en 14,1 millones con una creciente de 70 por ciento en los próximos 20 años. Los tipos de cáncer más frecuentes son: de pulmón, mama, colon y próstata; y según la Organización Británica de Cáncer Research UK, estos tipos de cáncer son causantes de cuatro de cada 10 diagnósticos (26).

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en América Latina, reportó que existen 546 mil nuevos casos de cáncer prevalente en un 53 por ciento en mujeres, y 2 millones de muertes siendo mayor en varones con un 52 por ciento. En países como Argentina y Brasil registraron una alta prevalencia en cáncer de próstata y mama; mientras en Bolivia y Perú, tuvieron una alta prevalencia en cáncer de útero y estómago; existiendo doble prevalencia asociada a infecciones por los estilos de vida (27).

El cáncer no se trata de una enfermedad actual, viene causando estragos desde tiempos antiguos, pero es hoy en día que recobra más trascendencia. La incidencia de personas con cáncer a nivel mundial ha aumentado en los últimos años; nuestro país no es ajeno a esta enfermedad la cual ataca sin distinción alguna, trae consigo problemas psicosociales, afectando holísticamente a la persona con cáncer (27).

En Perú, se reportó un 23 por ciento de nuevos casos; los tipos de cáncer más comunes son el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino en la población femenina; el cáncer pulmonar y de estómago para ambos sexos. Los factores de riesgo que influyen al incremento de cáncer son: falta de cultura preventiva, por no detectar a tiempo la enfermedad, no contar con estilos de vida saludable, antecedentes familiares, tener hijos después de los 30 años, uso de píldoras anticonceptivas (28).

En Chimbote, en el Hospital La Caleta, los tipos de cáncer más comunes por los que se hace referencia para descartar son el cáncer de cérvix y de mama. En el año 2016 de las 329 pacientes atendidas, se encontraron 11 posibles casos de cáncer referidos al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN), de los cuáles el 54.6% eran por cáncer de cérvix, 18.2% cáncer a la piel, 9.1% cáncer de mama, 9.1% sarcoma, 9% cáncer gástrico. Durante el primer trimestre del 2017 de las 162 mujeres atendidas, se hallaron 7 posibles casos entre los que destacó el cáncer de cérvix con un 77.4%, siguiéndole el cáncer de mama y vaginal ambos con un 14.3%. Observamos entonces que muchas de las mujeres que acuden al consultorio de prevención contra el cáncer, lo hacen cuando se encuentran realmente mal, con dolor leve o intenso, para realizarse biopsias, mamografías, colposcopias, muchas se someten a crioterapia o tratamiento quirúrgico, mientras que otras son referidas al INEN o IREN para su respectivo descarte y tratamiento (29).

PREGUNTA ORIENTADORA:

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante:

¿CUÁLES SON LAS EMOCIONES DE LOS ADULTOS CON CÁNCER.

CHIMBOTE, 2017?

OBJETIVOS:

- Analizar y comprender las emociones de los adultos con cáncer.
- Develar las emociones de los adultos con cáncer.

La presente investigación es importante para la profesión de enfermería, ya que los resultados obtenidos, a través de este tipo de investigación permite develar las emociones de los adultos con cáncer, comprender como afecta su relación con su entorno, como creen que los ven después de conocer el diagnóstico, su fe ante estas circunstancias, su sentir al ver los cambios en su persona y en base a esto prevenir la enfermedad.

Es por esta razón que se llevó a cabo la presente investigación para conocer cuáles son las emociones de los adultos con cáncer, durante este evento de su vida tras recibir la noticia y afrontar el tratamiento de la misma, la cual va repercutiendo en todas las dimensiones de su ser; y así con los hallazgos concientizar a las personas a prevenir estas enfermedades acudiendo tempranamente a realizarse exámenes y no esperar a la existencia del dolor para descubrir el diagnóstico.

Permitirá a la enfermera ayudar a evitar riesgos que afecten la calidad de vida y salud (psicológicos, biológicos, social y espiritual) del adulto con cáncer, brindando soporte para mantener la esperanza de una vida tranquila y el logro de su recuperación, adaptándose e integrándose a las actividades de la vida diaria.

Para los adultos con cáncer, es de vital importancia tener en cuenta que el estado físico y emocional, el cáncer influye directamente en su salud y en la forma en cómo sobrelleva su problema, afecta también su bienestar mental y social; de esta manera no se debe olvidar que es fundamental para el profesional de salud conocer y comprender las emociones de los adultos, porque cuando son aliviadas mejora así su bienestar en todas las dimensiones.

Para la Escuela Profesional de Enfermería, contribuirá en la ampliación de sus contenidos, referente a las emociones de los adultos con cáncer, proporcionando información necesaria para que los futuros profesionales de enfermería se sientan involucrados en esta problemática que afecta la calidad de vida de los adultos con cáncer, incluyendo los resultados en el cuidado de la persona.

Además, el presente estudio servirá como fuente bibliográfica o de referencia permitiendo así desarrollar futuros trabajos de investigación cualitativa con otros enfoques e incentivar a los investigadores inclinarse por la investigación cualitativa.

II. ABORDAJE TEÓRICO

La presente investigación ha sido abordada a través de la investigación cualitativa, utilizando el método fenomenológico, en la trayectoria del filósofo alemán Martin Heidegger, quien proclamó que la fenomenología pone de manifiesto qué hay oculto en la experiencia común diaria. Así lo mostró en su obra "Ser y Tiempo" (2000) en la que se hace un estudio de la existencia del ser humano, que nos llevaría a la comprensión de un fenómeno de interés para Enfermería, al analizar y comprender las emociones de los adultos con cáncer (30).

Martin Heidegger (1889 – 1976), si bien se basa en las ideas de su maestro Husserl, precursor de la Fenomenología, imprime su propia visión para mover esta corriente filosófica. Es uno de los máximos representantes del existencialismo filosófico, que utiliza el método fenomenológico - existencial, intentando con él, describir el fenómeno como aquello que se debe develar, lo que se muestra "en sí mismo" en el ámbito de lo cotidiano, que es el lugar inmediato y espontáneo del existir del hombre, donde el ser ("sein") se hace presente como verdad óptica y el lugar donde el hombre se conoce como existente real, como el único ser capaz de preguntarse por el ser (30).

En su obra "Ser y Tiempo" considerada como la más importante de la filosofía existencialista, presenta el método fenomenológico que trata de interrogar y develar el sentido del ser, busca acceder a la esencia del fenómeno en estudio con la intención de comprender lo vivido, trata de comprender la experiencia vivida a través de la ventana del lenguaje, la comprensión trasciende esta perspectiva a través del ser y sentir del otro, tratando de comprender a los seres humanos a partir de la forma cómo ellos ven las cosas, a partir de cómo lo piensa qué son en realidad, es decir a partir de su mundo fenomenológico y que realmente solo es conocido por ellos mismos, alcanzando así una comprensión más precisa de las bases conceptuales del conocimiento. Para Heidegger la fenomenología, significa el estudio de los fenómenos y un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo, lo que está oculto en una experiencia vivida que se muestra por sí mismo, o se manifiesta al ser interrogado (30).

Heidegger en la fenomenología redefine la ciencia de los fenómenos, a saber, "ir a las mismas cosas", y ver por tí mismo lo que se muestra. Es, por tanto, un método que no caracteriza al "qué" de los objetos de investigación, pero si en la forma en que el "cómo" de esa investigación. Por lo tanto, busca dilucidar y comprender el sentido de ser percibido como algo que se hace presente, claro entendida y conocida por la persona adulta con

cáncer, esto conocido como el “estar ahí” o “Dasein”. En este sentido utilizando la óptica Heideggeriana, se pretende desentrañar el sentido de ser, a través de la cotidianidad, se busca comprender e interpretar el “cómo” vive, siente el adulto con cáncer, partiendo de lo que se manifiesta en las diversas conductas y develando lo que está oculto o encubierto (30).

De ahí que se intenta desarrollar un entendimiento, interpretación y comprensión del adulto con cáncer basado en la comprensión de sus preocupaciones, significados, habilidades y experiencias cotidianas, articulando similitudes y diferencias. Sin embargo, los seres humanos como seres históricos situados y multifacéticos son conocidos solo en aspectos concretos y específicos. Por lo que entender al adulto con cáncer, sujeto de estudio exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias cotidianas (30).

Entre los conceptos de la Fenomenología tenemos (31):

- **DASEIN O SER - AHÍ**, para Heidegger es la existencia, la realidad humana, el hombre se convierte en el fundamento de la ontología, el hombre o Dasein no es el ser, sino el medio a través del cual se da o se abre el ser. Heidegger considera que éste no es una característica, es su propio ser, significa que la naturaleza propia del Dasein consiste en su existencia y no lo aprendido o conocido mediante categorías o conceptos, Dasein es el ser en el mundo.

El hombre, es un Ser - Ahí, un ser arrojado a la existencia, ser que existe en el mundo y actúa sobre las cosas, que tienen, ante todo, el sentido de instrumentos del Dasein. El Ser-ahí siempre se halla en un estado de ánimo por esencia, es el sentimiento y solo el que nos hace sentir el hecho de que existimos, que somos, que somos ahí, que somos ya arrojados en el existir, en el ser - en - el - mundo, en el ahí, en nuestro ser, descubriéndonos que somos útiles y abriéndonos a nosotros mismos, pero sin hacernos sentir igualmente ni de donde hemos venido, ni a donde vamos a ser arrojados, característico de encontrarse es por lo tanto, su "no se sabe porque".

- **AUTENTICIDAD - INAUTENTICIDAD**, la disposición del ser para poder ser es ontológica, se puede manifestar por la angustia como cobertura auténtica o por el temor como modo inauténtico. El Dasein se angustia con el mundo, la no identificación del objeto de angustia no significa nada. A través de la angustia el ser puede usar su libertad, para escoger vivir auténtica o inauténticamente, el temor es el modo inauténtico de disposición del Dasein, en lo cual el ser tiene una amenaza real o concreta.
- **OCUPACIÓN (BESORGEN)**, corresponde a sus actividades en el mundo, obtener, adquirir, proveer algo para sí mismo o

para otra persona. Tratar de cuidar de, tomar cuenta de algo, estar ansioso, perturbado, preocupado por algo, ocuparse de o con algo. En el trabajo es guiado por el conocimiento o reglas explícitas. Todos estos modos de ser - en poseen un modo de ser de ocupación. Es un cuidar las cosas y custodiarlas; mirando por el otro.

- **PREOCUPACIÓN (FURSORGE)**, es cuidar activamente de alguien, que precisa de ayuda, por lo tanto, al bien - estar organizado por el estado o por corporación de caridad. A su ser - con - otros: el modo de ser básico de Dasein es que su ser está en juego su propio ser. Este modo básico de ser es concebido como cuidado y como modo básico de ser de Dasein; este cuidado es no menos originalmente ocupación y este Dasein es esencialmente ser - en - mundo. De esa misma forma este modo básico de ser de Dasein es preocupación en la medida en que el Dasein es ser - uno - con - el - otro. Esta peculiar relación de un ser - ahí con otros, recibe el nombre de preocuparse por. En su sentido ontológico que se ocupa de los medios para ser un ser en el mundo; el carácter de preocupación significa el tratamiento y cuyo radial es cuidado al tiempo que se comportan como existe a través del ejercicio de la ocupación, que es trabajar para el logro de su determinación, que se golpea su forma de ser, esencialmente.

- **CUIDADO (SORGE)**, el cuidado es más que un momento de atención de celo o desvelo, representa una actitud de ocupación, preocupación de responsabilidad o desenvolvimiento afectivo con el otro. Es propiamente la preocupación que hace de aprensiones que conciernen al futuro y se refieren tanto a causa externa como a estado interno. Cuidado es un caer, es decir un actuar, un permanecer en guardia, pero también es una insensata incitación a tomarse radicalmente en cuenta como algo existente, como algo cuyo ser consiste en arrancarse el ser al ser del mundo. Cura / cuidado es preocupar - se, estar preocupado con algo. Es tomar en cuenta, cuidar de, proveer algo para alguien o algo.

- **SER - CON**, la relación del ser humano con el otro no es de dominio y si de convivencia, no es intervención y si de interacción y común unión de convivencia. El Dasein se preocupa y se comporta con Ser-con.

- **VIVENCIA**, es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre la experiencia, vivencia y comprensión. Pero la vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real (30).

III. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo cualitativo de enfoque fenomenológico que por su naturaleza se presentó como el camino más coherente para lograr el objetivo de la presente investigación ya que develó el fenómeno sobre las emociones humanamente vividas y construyó significados a través del análisis de lo expresado por los sujetos.

La investigación cualitativa según Lincoln (1994) es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchas ocasiones contra disciplinar, atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas; la investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo, es multiparadigmática en su enfoque. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina, las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. Por lo que el

objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos (32).

El abordaje cualitativo en enfermería permite un acercamiento del saber, adquisición de habilidades, reflexiones, en la utilización de otros referenciales teóricos – metodológicos, y conocer cuestiones relacionadas con la esencia de enfermería: el cuidado, su naturaleza, implicancias y las expectativas de las personas que reciben el cuidado de enfermería (32).

En la investigación cualitativa se pretende la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad y en ella encontramos el de tipo fenomenológico que surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Su precursor fue Edmund Husserl, pensador que trató de definir si era un método o una filosofía, dado que lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos (33).

La fenomenología tiene bases en la filosofía y psicología, fundamentada por las ideas de Husserl y desarrollada a profundidad por Heidegger, procede de la expresión griega

phainomenon (el fenómeno). Heidegger, precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos, entendiéndose al fenómeno como aquello que se mantiene oculto y se muestra a si mismo con claridad siempre que es interrogado, es una experiencia que no se manifiesta en su totalidad; es una vuelta al mundo vivido, al mundo de la experiencia que es el punto de partida de todas las ciencias; propone describir y develar el fenómeno para volver las cosas en si tal como se manifiestan y en cuanto se muestra por sí mismo, considerando que antes de la realidad objetiva hay un ente que la vivencia, una vida que lo fundamenta en base a la experiencia que es prereflexiva (30).

El enfoque de la investigación fenomenológica es lo que la persona experimenta en relación con algún fenómeno y como se interpretan dichas experiencias; trata de comprender las percepciones de las personas, perspectivas e interpretaciones de una situación particular como es el cáncer y construir un significado de las emociones, a través del análisis de sus descripciones (30).

3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en la ciudad de Chimbote, que fue creada el 6 de Diciembre de 1906 por ley

Nº417, en el gobierno del Presidente José Pardo y Barreda.

Se encuentra ubicada en la costa norcentral del Perú, al extremo noreste del Departamento de Ancash siendo Chimbote la capital de la Provincia del Santa, a 4 msnm del Océano Pacífico. Está delimitada por el Norte con el distrito de Coischo y Santa, por el Este con el Distrito de Macate y Cáceres del Perú, por el Sur con el Distrito de Nuevo Chimbote, y por el Oeste con el Océano Pacífico.

La ciudad de Chimbote según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) es la novena ciudad más poblada del Perú y la más poblada de Ancash; según el censo del 2014 alberga una población de 371.012 habitantes, la mayor parte son emigrantes de la costa y sierra. Posee un territorio de 16 km de largo y se encuentra dividido en dos sectores por el río Lacramarca: Chimbote al noroeste y Nuevo Chimbote al sureste, los cuales a su vez están conformados por diversas urbanizaciones. El sector noroeste se articula en razón al centro de la ciudad y tres avenidas importantes: La avenida José Pardo, su paralela la Av. Meiggs y la perpendicular a ambas, la Av. Gálvez, la cual se convierte en la carretera Panamericana hacia el norte. Otras avenidas importantes para la articulación de la ciudad son la Av. Francisco Bolognesi, Av. Industrial o Santiago Antúnez de Mayolo, Av. Chimú, Av. Camino Real,

Av. Alfonso Ugarte, Av. Buenos Aires, Av. Aviación, Av. Los pescadores, entre otros. En este sector, ubicado dentro del distrito de Chimbote, se encuentra por un lado la Plaza de Armas, la iglesia matriz San Carlos Borromeo, el Mercado Modelo, el Vivero Forestal, la Ex Estación del Ferrocarril Chimbote - Huallanca, el Hospital La Caleta, la zona financiera de la ciudad, el Estadio Manuel Rivera Sánchez, el Terminal Terrestre "El Chimbador", y las zonas industriales de Siderperú y el Veintisiete de Octubre. Los barrios ubicados más al norte se han emplazado sobre arenales e incluso sobre dunas (Los Pinos, Laderas del Norte, Dos de Junio, San Pedro, Nueva Generación), mientras que los terrenos más cercanos al río Lacramarca son ex terrenos pantanosos, como La Libertad, La Florida, Miraflores, Señor de los Milagros, El Trapecio, San Juan, Tres Estrellas, Quince de Abril y otros (34).

La presente investigación tuvo como escenario el distrito de Chimbote, en la comunidad de:

URBANIZACIÓN 21 DE ABRIL

El 5 de setiembre de 1957, la explosión de un primus en el rancho de Buenaventura Díaz, originó en el Barrio "El Acero", uno de los más pavorosos incendios que nuestra historia recuerda. El presidente Manuel Prado Ugarteche, ordenó el inmediato traslado de los damnificados al campo

de aterrizaje, amplia pampa donde solían aterrizar los pequeños aviones o avionetas que llegaban al puerto. El presidente, coincidente con la fecha de su onomástico (21 de abril de 1889), arribó a Chimbote. Ese mismo día, el 21 de abril de 1958, inauguró la Urbanización "21 de Abril", en el antiguo campo de aterrizaje.

El Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, creada por Ley N° 10359 el año 1959 planifica y proyecta ayuda para los pobladores; cada poblador presentaba sus planos, luego de ser aceptado, con la ayuda de los vecinos empezaban la construcción de sus viviendas. El 5 de marzo de 1961 se impulsó la materialización de la Urbanización "21 de Abril", proyectada en tres zonas: A - B y C, está última dio lugar a la Urbanización "El Carmen".

En esta floreciente Urbanización destacan la Parroquia "San Francisco de Asís", las Instituciones Educativas "Santa María Reina", "Julio C. Tello" N°89011, "Elías Aguirre Romero" N°89007, "Gómez"; la Comisaría del "21 de Abril", como el Mercado del mismo nombre, entre otras instituciones y personalidades notables de la provincia del Santa (35).

3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Adultos maduros y mayores (35 a 80 años) de ambos sexos con cáncer.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Adultos maduros y mayores de ambos sexos con diagnóstico de cáncer.
- Adultos maduros y mayores con todo tipo de cáncer.
- Adultos maduros y mayores con cáncer que no se encuentren en fase terminal.
- Que se encuentren conscientes.
- Que acepten participar en el presente estudio de investigación previo consentimiento informado.
- Con residencia en la ciudad de Chimbote, comunidad: "21 de Abril".

3.5. MUESTRA DE ESTUDIO

El tamaño de la muestra del estudio se obtuvo a través de la saturación de los discursos, se tuvo en cuenta la técnica de análisis de discursos propuesta por Martins y Bicudo (1989) y fue conseguida mediante conocidos de la comunidad "21 de abril" que sirvieron de nexo para llegar a los otros adultos con cáncer. (36).

3.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En el presente estudio de investigación se utilizó como técnica la entrevista en profundidad, conformada por una sola pregunta (la pregunta orientadora), esta técnica le permite al investigador poder añadir nuevas preguntas con la finalidad de profundizar las ideas relevantes poniéndolo cara a cara con el investigado (a) para recopilar la información de forma veraz, fidedigna y oportuna (37).

La entrevista se desarrolló en la vivienda de los adultos maduros y mayores con cáncer que aceptaron participar del estudio, eligiendo un ambiente agradable y tranquilo donde el entrevistado (a) pudo expresar sus emociones. Se inició con una breve presentación y explicación del propósito del estudio, recalcando que la información obtenida es confidencial y anónima.

Se solicitó el consentimiento informado (anexo N°01) del adulto maduros y mayores con cáncer para la grabación respectiva, explicando que la finalidad de la grabación es agilizar la toma de datos y que el uso de las grabaciones será con fines de análisis. Cada entrevistado (a) fue denominado con un código, en este caso se utilizó los nombres de flores, como: girasol, rosa, tulipán, lirio, crisantemo, orquídea, margarita, jazmín, gardenia y clavel

(38).

Durante la entrevista se creó un clima agradable, ameno, de comodidad y sobre todo de confianza, en la que los adultos con cáncer pudieron expresarse libremente y de manera honesta, después de la pregunta se dejó a los investigados para que expresen sus emociones. Las investigadoras mostraron interés, cordialidad y respeto ante las opiniones del participante, donde se planteó al adulto con cáncer la siguiente pregunta orientadora:

RELÁTEME USTED: ¿CUÁLES SON SUS EMOCIONES COMO ADULTO CON CÁNCER?

3.7. ANÁLISIS DE DISCURSOS

Después de obtener los discursos se procedió a escuchar nuevamente las grabaciones y transcribir dichos discursos en textos para proceder al análisis de éstos.

El procesamiento y análisis se realizó teniendo en cuenta los momentos de la trayectoria fenomenológica propuesta por Martins y Bicudo (1989) (36):

- Descripción Fenomenológica
- Reducción Fenomenológica
- Interpretación Fenomenológica
- Comprensión vaga y mediana.

A. DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA

Es el primer momento de la trayectoria fenomenológica constituye el resultado de una relación dialógica que se da entre el sujeto con otro, a través del discurso de los participantes que representan las percepciones de la persona, que definen la vivencia del fenómeno.

Se empezó identificando a los sujetos a entrevistar, en este caso a los adultos con cáncer a quienes se les grabó la conversación planteando la pregunta de rigor y se dejó que los sujetos expresen libremente sus emociones.

El análisis del discurso pronunciado va a permitir que el fenómeno se muestre, las cuales van a ser descripciones ingenuas, espontáneas, las que no deben ser influenciadas por sugerencias o indicaciones. Del contenido de las descripciones, surgen las unidades de significado que son atribuidas por el investigador, en la que se va a sistematizar lo vivido, por cada sujeto en relación al fenómeno en estudio. Al inicio, estas unidades deben ser tomadas conforme son propuestas por el sujeto que está describiendo el fenómeno.

Para validar las proposiciones se hará uso del rigor epistemológico, el que se requiere a precisar un

conocimiento del sujeto de manera que se muestre claro y explícito aquello que está implícito. El rigor es interno y tiene que satisfacer necesariamente la interrogación del investigador, no dándose por satisfecho si su interrogación no es bien respondida u orientada.

B. REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

Es el segundo momento, tiene como objetivo determinar y seleccionar las partes esenciales de la descripción y de interés para el investigador.

La reducción fenomenológica, no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado.

Se buscó identificar los significados de los discursos del adulto con cáncer, para lo cual se tuvo que hallar las proposiciones significativas que permitieron comprender la esencia del fenómeno. El propósito de este momento es aislar el objeto de la conciencia, es decir el fenómeno que se muestra por sí mismo, aspectos que constituyen la experiencia que el sujeto vive. Este momento ayuda

en la valoración y codificación de las unidades de significado.

El procedimiento estadístico que se usó y utilizó

C. INTERPRETACIÓN FENOMENOLÓGICA

Consiste en interpretar lo expresado en los discursos, es develar los significados presentes en las descripciones naturales y espontáneas de los participantes. Este momento se consigue a través del análisis ideográfico y nomotético.

El análisis ideográfico se refiere a las características

de cada caso y se refiere a la descripción de cada caso

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO:
Este análisis se realiza a través de ideogramas o representación de ideas por medio de símbolos, los que buscan tornar visible la ideología que permanece en las descripciones ingenuas de los adultos con cáncer.

La finalidad de esta fase es producir la inteligibilidad

que envuelve a la articulación y a la expresión de las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones de los significados entre sí. Aquí el investigador trata de aislar las unidades de significado para hacer el análisis psicológico. El investigador busca acceso al mundo vida y al pensar del sujeto para poder establecer resultados

objetivamente.

- **ANÁLISIS NOMOTÉTICO:**

Este análisis consiste en la reestructuración de la esencia final del fenómeno, es obtenido por el investigador al articular relaciones de las estructuras individuales entre sí.

La estructura psicológica general resulta de la comprensión de las convergencias, divergencia e idiosincrasias de los aspectos que se muestren en los análisis ideográficos, las convergencias determinan la estructura general del fenómeno, las divergencias e idiosincrasias indican las percepciones individuales que resultan de modos personales de reacciones mediante agentes externos.

D. COMPRENSIÓN VAGA Y MEDIANA

El análisis nomotético no es solo una verificación cruzada de correspondencia de afirmaciones reales, sino una profunda reflexión sobre la estructura final del fenómeno, en la que no se pretende obtener generalizaciones, sino generalidades acerca del fenómeno vivenciado.

Determinadas las unidades de significado se procedió a la transformación de estos, mediante un procedimiento básicamente deductivo, que permitió pasar las expresiones del lenguaje EMIC a un lenguaje ETIC, sin tener en cuenta que modificar la naturaleza del fenómeno, este procedimiento permitirá al investigador entrar en un análisis profundo para dilucidar los aspectos significativos de los acontecimientos del fenómeno, como las emociones de los adultos con cáncer.

- **EMIC:** Es una descripción en términos significativos (conscientes o inconscientes) para el agente que las realiza.
- **ETIC:** Es una descripción de hechos observables por cualquier observador desprovisto de cualquier intento de descubrir el significado que las personas involucradas dan.

La comprensión fenomenológica surge siempre en conjunto con la interpretación. Este momento es una tentativa de especificar el significado; consiste en interpretar lo expresado en los discursos, es develar los significados psicológicos presentes en las descripciones naturales y espontáneas de las emociones de los adultos con cáncer.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR

3.8.1. Consideraciones éticas:

Se tuvo en cuenta lo propuesto en el Reglamento de la Comisión de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa (39).

1. Autonomía: Se basa en reconocer la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones, dar valor a las opiniones y elecciones, al mismo tiempo evitar obstruir sus acciones, es decir, su autonomía. A partir de su autonomía protegen su dignidad y su libertad. El respeto por los adultos con cáncer, que participan en la investigación se expresa a través del proceso de consentimiento informado.

2 Beneficencia y no maleficencia: La beneficencia hace que el investigador sea responsable del bienestar físico, mental y social del adulto con cáncer. De hecho, la principal responsabilidad del investigador es la protección del participante. Esta protección es más importante que la búsqueda de nuevo conocimiento o que el interés personal, profesional o científico de la investigación. Implica respetar sus decisiones, protegerlos, no hacer daño o reducir los riesgos al mínimo y procurar su

bienestar, por lo que también se le conoce como principio de no maleficencia.

3. Anonimato y confidencialidad: En el diccionario de la Real Academia Española (2002), por su parte, la confidencialidad es definida como la cualidad de ser confidencial, la cual refiere a lo “que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. El anonimato refiere a la cualidad de ser anónimo, que es el “secreto del autor que oculta su nombre”. Privacidad en la identificación del adulto con cáncer que participe en la investigación, garantizando que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso.

4. Justicia: El principio de justicia refiere respetar los derechos de las partes involucradas tratarlas con el mismo respeto y consideración. Así mismo, prohíbe exponer a riesgos a los adultos con cáncer para beneficiar a otro, pues hay que distribuir de forma equitativa riesgos y beneficios.

5. Integridad científica: La Declaración de Singapur (2010), establece que los investigadores al evaluar el trabajo de otros deben ser imparciales, rápidos,

rigurosos y respetar la confidencialidad. En este sentido los investigadores sin las capacidades o el conocimiento apropiado al nivel del estado del arte, deben ser excusados para actuar como evaluadores de la calidad de un determinado papel o propuesta científica, ya que pierden objetividad al emitir sus juicios científicos.

3.8.2. Consideraciones de rigor

Las consideraciones de rigor para estudios cualitativos son (40).

- 1. Credibilidad:** El rigor científico en torno a la credibilidad se basa en la confianza de que la información que se obtenga se ciña a la verdad, la credibilidad se centra en la confianza en la autenticidad de los resultados.
- 2. Transferibilidad o aplicabilidad:** Se refiere a la posibilidad de generalizar los datos; en otras palabras, el grado en que los resultados pueden transferirse a otros ámbitos o grupos. En tal sentido, es responsabilidad del investigador incluir suficientes datos descriptivos en el informe de estudio para que el lector pueda evaluar la

aplicabilidad de los datos a otros contextos.

3. Confirmabilidad: Es la distancia entre el observador y el observado minimizándose todo tipo de posible influencia de los valores del investigador sobre el proceso de la investigación. La conformabilidad representa entonces una forma de saber que, aún como coparticipante en la indagación, el investigador ha mantenido la distancia entre sus valores personales y los de los participantes en el estudio.

4. Auditabilidad: Consiste en la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta que la investigadora original ha hecho, siendo necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio, esta estrategia permite que las investigadoras examinen los datos y pueden llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DISCURSOS

Con el fin de develar el fenómeno en estudio, se presenta los resultados encontrados en la presente investigación, realizada en los adultos maduros y mayores con cáncer que viven en la comunidad 21 de Abril. Los (as) participantes del presente estudio fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de selección especificados en el abordaje fenomenológico, todos los relatos fueron transcritos en la forma original, los cuales fueron identificados por medio de seudónimos para proteger su anonimato. Apoyándose en la Trayectoria Fenomenológica, se buscó aproximarse al mundo de los (as) participantes, aquello que vivencian los adultos con cáncer. Se construyeron los Significados, los cuales representan una aproximación a la comprensión de lo experimentado con el interés de buscar el sentido de ser.

Se elaboraron ocho Unidades de Significado, las cuales reflejan el significado de Ser Adulto con Cáncer:

1. Unidad de Significado I : Recibiendo la noticia.
2. Unidad de Significado II : Temor a la muerte.
3. Unidad de Significado III : Preocupación por la familia.
4. Unidad de Significado IV : Temor al tratamiento.
5. Unidad de Significado V : Desconocimiento de la enfermedad.
6. Unidad de Significado VI : Sintiendo apoyo familiar.
7. Unidad de Significado VII : Confianza en Dios.
8. Unidad de Significado VIII: Valorando la vida.

UNIDAD DE SIGNIFICADO I: RECIBIENDO LA NOTICIA

La persona cuando recibe la noticia de su enfermedad no lo puede creer, no acepta que tiene cáncer, piensa que va a morir, le es muy doloroso recibir esta noticia; no sabe cómo reaccionar, se pone triste.

Al enterarse que tiene cáncer le preocupan muchas cosas, no sabe qué hacer, siente que el mundo se acaba, le produce dolor y angustia. Piensa en sus hijos, en la muerte y se deprime, así se evidencia en los Discursos: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8,

10.

“Mi vida transcurría normal hasta que recibí la noticia de mi enfermedad, me asombré porque nunca me había enfermado, no lo podía creer, no aceptaba que tenía cáncer”.

Girasol (D: 1)

“Cuando me dieron la noticia que tenía cáncer, sentí mi cuerpo helado, sentía que me desvanecía, mis manos me temblaban, no lo podía creer, pensaba que iba a morir, fue muy doloroso recibir esa noticia”.

Rosa (D: 2)

“Cuando me dijeron que tenía un tumor maligno en el ovario derecho, sentí que la vista se me nublaba, los oídos se me tapaban, no escuchaba, no lo aceptaba”

Tulipán (D: 3)

“Cuando me enteré que tenía cáncer, me quedé helada, no sabía cómo reaccionar un buen rato, me puse triste, trataba de darme valor, la noticia me cayó como una bomba”.

Lirio (D: 4)

“Cuando el médico me dijo que tenía cáncer, me quedé helado, me preocupaba muchas cosas, no sabía qué hacer”.

Crisantemo (D: 5)

“Cuando me diagnosticaron el cáncer pensé que mi mundo se había acabado, sentí un dolor y angustia, no dejaba de llorar, pensaba en mi hija y que pasaría si yo ya no estuviera a su lado, tenía miedo a morir, estaba helada y las manos me temblaban, fue una noticia fuerte”.

Margarita (D: 7)

“Cuando recibí la noticia que tenía cáncer pensé lo peor, que me iba a morir y dejaría solos a mis hijos”.

Jazmín (D: 8)

“Cuando me diagnosticaron que tenía cáncer de mama no lo podía creer, me derrumbe por completo, pensé en cómo sería mi muerte, me deprimí”.

Clavel (D: 10)

Negación es ignorar o rechazar aquella realidad que le resulta difícil de aceptar, y que de reconocerla le obligaría a tener conciencia de sus emociones y en ocasiones a tomar alguna acción al respecto. El individuo

se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás (41).

Según las etapas del duelo, la negación es el choque, el abatimiento, el pánico total, el rechazo total a aceptar, de admitir la realidad. La persona hace todo lo posible para volver las cosas a su estado anterior, como si nada hubiera pasado, este es un método de defensa para reducir la ansiedad cuando se siente amenazado. Es un modo de negarse a sí mismos, y a su realidad (42).

Heidegger, sugiere pensar el problema de "la nada" desde un paradigma diferente: él no se pregunta por qué se afirma que hay una nada sino por qué no la hay. En realidad, lo que pretende observar es que la negación de un ente no es sino aquello mismo que hace posible la negación. Entonces, la nada es el "elemento" sobre el cual se sostiene la existencia, y lo que lleva a descubrir el temple existencial de la angustia; afirma también que la negación de la misma no le permite ser un ser- para- el - mundo y un ser- para- la- muerte (43).

El Dasein aporta la vista de toda vivencia, se encuentra así mismo en lo que hace, usa, espera, habita en aquello que está a su alcance y le concierne. Experimenta estados de ánimo, lo cual le permite estar dispuesto a las acciones que se realiza en su vida cotidiana, emerge del

ser en el mundo mediante la existencia revelando la naturaleza del contexto en la que se encuentra. En este sentido se halla la negación del adulto con cáncer al recibir la noticia de su enfermedad, experimenta en su nueva situación rechazo por el cáncer, ya que le causa dolor, preocupación, tristeza, pensamientos sobre la muerte, el impacto es tal que el mismo cuerpo se ve afectado, la persona se aturde, no escucha, no acepta, llora, se angustia porque teme dejar a sus familiares (43).

La persona con cáncer trata de darse valor frente a todo ese miedo que lo invade, frente a esta noticia a la cual nadie está preparado; hallazgos similares es reportado por Calvo, M. y Narváez, P. (2008), en su estudio cualitativo "Experiencias de mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mama", en la que concluyen que las mujeres se enfrentan al momento del diagnóstico con una dura realidad que cualquier humano no está preparado siendo este un duro golpe en su vida, presentan varias reacciones que les ocasiona confusión, la paciente intenta negar el diagnóstico como arco protector ante esta difícil realidad en la que surgen sentimientos de culpa (21).

Enfermería como profesión que brinda cuidado, debería conocer estos hallazgos, para considerar en sus planes el apoyo oportuno y con calidez, a la persona afectada en su dimensión emocional al recibir tan terrible noticia.

UNIDAD DE SIGNIFICADO II: TEMOR A LA MUERTE

La más radical confrontación que vive el Ser humano es la muerte, la persona con cáncer, expresa el temor a morir y el sentimiento de angustia que este le provoca, piensa que tendrá el mismo final que las personas que tuvieron esta enfermedad y murieron, le es difícil aceptar tratarse en aquellos hospitales, no cree en lo que le está pasando, sólo piensa en lo peor, en la muerte; llora y no deja de pensar en su familia. Al aparecerle otro tipo de cáncer, vuelve el pensamiento de morir, se deprime por completo, así se evidencia en los Discursos: 1, 4, 6, 7.

“Pensaba en mi mamá que tuvo cáncer, pensaba que me iba a morir igual que ella, tenía miedo, lloraba, mi papá me abrazaba y me decía vamos a salir de esta, estaba como ida, nunca pensé volver a ese hospital después de la muerte de mi mamá”.

Girasol (D: 1)

“Los primeros días al enterarme de la enfermedad andaba llorando y en lo único que pensaba era que me iba a morir”.

Lirio (D: 4)

“Cuando el doctor me dijo que tenía que operarme porque tenía cáncer de piel, me asusté, me puse a llorar, pensaba que me iba a morir, sentí un vacío por dentro y no dejaba de pensar en mi familia”.

Orquídea (D: 6)

“Me dijeron que me había aparecido otro cáncer, en ese momento pensé que me iba a morir, me deprimí por completo, le agradecí a Dios por los años de vida que me había dado”.

Margarita (D: 7)

Temor, es un estado del ánimo que lleva a un sujeto a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona. El temor, por lo tanto, es una presunción, una sospecha o el recelo de un daño futuro. Temer a la muerte es algo normal, se conoce que el ciclo de la vida indica que la muerte forma parte de la misma, lo difícil es aceptarlo. Y, entonces aparece el miedo, el sufrimiento e incluso la negación ante una realidad tan indiscutible (44).

La muerte implica el sentir miedo, que es un proceso natural en el ser humano, pese a ello racionalmente se sabe que se debe enfrentar tanto a la propia muerte como la de los seres queridos (44).

Para Heidegger, el morir es algo que cada Ser-Ahí tiene que tomar en su caso sobre sí mismo; la muerte no debe comprenderse como una parte que se agrega al ser en el final de su vida, por el contrario, está en él desde que éste es; es un fenómeno de la vida, esto implica asumir la existencia misma, así la conciencia puede llamar libertad ante la muerte que consiste en preguntarse ¿Qué hacer con la muerte y con qué profundidad vivirla? Y en consecuencia ¿Qué hacer con la vida? En ese sentido se halla el temor de la persona que considera al cáncer como un

sinónimo de muerte, una experiencia pasada por la muerte de un familiar puede causarle temor a tener el mismo desenlace, su muerte (45).

Es normal que la enfermedad genere angustia, esta angustia hace comprender y tomar una decisión frente a la situación vivenciada, da la oportunidad de hacerse responsable de su propia existencia, pero, cuando esta angustia se convierte en temor la persona no vive, piensa únicamente en la muerte de manera negativa, y esto le imposibilita de llevar una vida auténtica. El llevar una vida inauténtica no permite a la persona ser un Ser-para-la-muerte, no lleva una vida plena por el mismo hecho de temer al cáncer, por una experiencia pasada con algún familiar o conocido. Una vez que la persona con cáncer asume su enfermedad se da cuenta de la importancia de la vida y de luchar por quienes lo rodea; le permite tomar decisiones, no niega la muerte, comprende que es parte de la vida, y que de uno mismo depende si esta se convierte en una posibilidad de las posibilidades de su vida. Es así que el adulto con cáncer decide vivir una vida auténtica o inauténtica (45).

Jean Watson (2005), entiende que el dominio de enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como al apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte. El comportamiento del profesional de enfermería debe ser orientado por normas éticas. Para ello el compromiso de la enfermera debe ser un factor motivador esencial en el proceso del cuidado, la calidad de sus intervenciones en este caso en los adultos con cáncer se

debe basar en la participación, es decir un cuidado del Ser-Ahí enfermera con el Ser-Ahí persona con cáncer (46).

El temor a la muerte le genera angustia al ser humano, su angustia es tan grande que se le eleva la presión, se encierra, teme dejar solos a sus hijos, así se evidencia en los Discursos: 2, 3, 5.

“La primera vez que fui al INEN me asusté, sentía una angustia enorme, se elevó mi presión al ver tantas personas con cáncer”.

Rosa (D: 2)

“Cuando estaba en mi casa me encerraba en mi cuarto, no quería nada, me angustiaba el morirme y dejar solos a mis hijos”.

Tulipán (D: 3)

“Recuerdo que amanecí con un dolor de garganta, me empecé a tocar y encontré un bulto pequeño y duro, nunca antes me había dado cuenta, me empecé a angustiar. Cuando fui al laboratorio a preguntar por el costo de los exámenes, eran demasiado caro, me sentía impotente porque no los podía pagar, me angustiaba no saber que tenía”.

Crisantemo (D: 5)

La angustia es una actitud del hombre frente a una situación en el mundo, no se refiere a nada preciso, es el puro sentimiento de la posibilidad. El hombre vive, en el mundo de posibilidades. Es la situación afectiva fundamental del encontrarse capaz de mantener patente la amenaza

constante y absoluta que para el ser más peculiar y singularizado, el Ser-Ahí asciende de este mismo, es decir de la amenaza de la muerte, en la angustia el Ser-Ahí se encuentra ante la nada de la posible imposibilidad de su existencia, el Ser relativamente a la muerte, o sea la aceptación de la muerte como posibilidad más peculiar, irreverente, irrebasable, cierta y en cuanto a tal indeterminada del Ser-Ahí (47).

La persona desde que siente algo extraño se angustia por su salud, pregunta si es grave, esta angustia es tan grande que afecta lo holísticamente, se evidencia en el cuerpo, con llanto, susto, impresión, miedo a morir al no saberlo que le sucede causándole depresión y aumento de su angustia, el Dasein es un ser para el mundo, el cual vela por sí mismo, se cuida, se preocupa, pero cuando esta se convierte en una ocupación, lo hace vivir inauténticamente, se formula pensamientos negativos hacia la muerte, deja de vivir con espontaneidad su existencia (45).

El vivir con un diagnóstico de cáncer es una situación impactante en donde la persona pierde el control de su vida, surgiendo en su ser la sensación de desaparecer en cualquier momento, enfrenta el miedo a la muerte con angustia por su nueva situación de salud que le causa dolor. El cáncer está asociado a la muerte pese a los numerosos avances, tener la enfermedad que alguna vez le arrebató a un ser querido, y pasar por la misma situación, le genera angustia y con ella el temor a morir, estas sensaciones son propias ante esta situación le es difícil aceptarlo y

superarlo; sus emociones lo encierran en un mundo de tristeza, lágrimas y desesperación. Para la persona esta enfermedad llega a tener un significado devastador en donde la trayectoria de su vida se ve interrumpida y su visión del mundo alterada produciéndole crisis y dudas al pensar en todos los posibles desenlaces, viendo con pesimismo su futuro, siente que el cáncer aplasta sus planes, se ve sometido a pruebas, en el límite del sufrimiento soportable para su cuerpo y mente (45).

La enfermera en su relación-con la persona con cáncer debe brindar un cuidado holístico, la cual debe basarse en la persona como un todo integrado de cuerpo, mente y alma (espíritu). A lo largo de su experiencia, en su relación enfermera- persona experimenta emociones que le permite, conocer el mundo subjetivo de la persona con cáncer. Es capaz de brindarle cuidado teniendo en cuenta sus sentimientos y comprenderlos, mostrando y estableciendo una relación de confianza en la que la enfermera se convierte en un soporte ante las emociones y sentimientos manifestadas abiertamente por la persona en su necesidad de ser escuchada; encontrarse disponible a escuchar manteniendo una actitud positiva y amigable, darle palabras de aliento o un abrazo que lo reconforte espiritualmente; y respondiendo a cada duda sobre su nueva condición de manera clara, reduciendo la incertidumbre permitiéndoles tener fortaleza, aceptar la enfermedad y superarla (46).

UNIDAD DE SIGNIFICADO III: PREOCUPACIÓN POR LA FAMILIA

La persona siente que la vida se le acaba, se cuestiona que sería de su familia si le pasara algo, se preocupa por dejarlos solos si llegara a morir, se deprime, teme morir, se aferra a la vida, así se evidencia en los Discursos: 1, 2, 6, 9.

“Pensaba: ¿Y ahora que voy hacer? ¿Qué va ser de mí?, no paraba de llorar, no podía dormir, sentía que mi vida se acababa, pensaba en que sería de mi papá y esposo si me llegara a pasar algo, me deprimí”.

Girasol (D: 1)

“A veces pienso para que voy a seguir luchando si ya viví, pero veo a mis hijos y nietos y me aferro a la vida, tengo miedo dejarlos solos”.

Rosa (D: 2)

“Me hicieron varias operaciones, me ponía a llorar, no sabía lo que iba a pasar conmigo, tenía miedo morir y dejar sola a mi familia”.

Orquídea (D: 6)

“La primera sensación que recuerdo tras recibir la noticia del cáncer fue el temor a dejar solos a mi familia si llegara a morir”.

Gardenia (D: 9)

La persona con cáncer siente que la vida se le acaba, para Heidegger la enfermedad forma parte de la propia existencia en un proceso dialéctico con la salud, donde el ser busca el equilibrio en un devenir histórico en el

tiempo. Heidegger da el significado de vida = Dasein, ser en la vida y mediante la vida, el Dasein como equivalente al de la vida, en este se sintetizan conceptos equivalentes como: posibilidades, mundo, cuidado, etc. Con el Dasein se designa de igual modo el ser del mundo y el ser de la vida humana (48).

La persona cae en diversas circunstancias determinadas por lo que se ve obligado a elegir opciones y caminos, la posibilidad que no son obligatorias ni definitivas. La muerte es sinónimo de finitud, es a la vez la posibilidad de todas las posibilidades; el adulto con cáncer enfrenta la enfermedad con gran miedo a morir, a dejar solos a sus familiares, con pensamiento negativo (48).

El hecho de pensar en la muerte por la misma impresión de la enfermedad, le hace pensar en su familia, la cual es el centro de apoyo y de importancia para su ser, teme morir y causarles dolor, teme dejarlos solos, se cuestiona que será de ellos sin su presencia, esto le causa depresión. El Dasein al ser un Ser- para-el-mundo está en contacto con un sin fin de emociones, entre ella la preocupación, al tratar de velar a su familia, esta preocupación le hace vivir de modo inauténtico, se ve ocupado pensando en la negatividad de la muerte, y no como una oportunidad de vida, para seguir viendo a los suyos, esta ocupación perturba a la persona ya que no la permite ser libre de tomar acciones certeras, dirigidas al cuidado de sus familiares (49).

El cuidado como constituyente fundamental del ser humano se puede manifestar de modo inauténtico por la ocupación cotidiana, por otro lado, el cuidado se puede manifestar como preocupación auténtica. El Dasein se preocupa y se comporta originalmente como ser-con, es decir persona con cáncer y su familia (50).

Preocupación (Fursorgen), según Heidegger, es la totalidad de las estructuras ontológicas del ser-ahí en cuanto es un ser-en-el-mundo, comprende todas las posibilidades de la existencia en cuanto vinculadas con las cosas y con los hombres y dominadas por la situación. Es un estado natural de alerta del ser humano, en el que se percata de algo que puede representar un problema (o amenaza) en su futuro. Es cuidar activamente de alguien, que precisa de ayuda, como lo percibe la persona con cáncer cuando piensa en su familia. Esta peculiar relación de un Ser - Ahí con otros, recibe el nombre de preocuparse por. En su sentido ontológico el carácter de preocupación significa cuidado a través del ejercicio de la ocupación (51)

Ocupación (Besorgen), corresponde a las actividades del Ser-Ahí en el mundo, obtener, adquirir, proveer algo para sí mismo o para otra persona. Tratar de cuidar de, tomar cuenta de algo, estar ansioso, perturbado, preocupado por algo, ocuparse de o con algo, en este caso la persona con cáncer, no sólo se preocupa si no se ocupa de su familia (51).

La enfermera en su relación de ayuda con la persona con cáncer

comprende los sentimientos y emociones que experimenta y brinda cuidado humano escuchándolo, despejando dudas y ayudando a manifestar sus preocupaciones para disminuir su carga. A la vez para garantizar un cuidado integral la enfermera tiene contacto con la familia, con los seres que la comprenden para develar su sentir, orientarlos y lograr el apoyo hacia su familiar escuchándolos y dándoles fortaleza para servir de ayuda y disminuir el estrés; es así que la familia toma conciencia del cuidado a su familiar, mediante la enseñanza de la enfermera que no solo abarca al paciente sino a su entorno más cercano, tornándose invaluable el amor de su familia (52) (53).

UNIDAD DE SIGNIFICADO IV: TEMOR AL TRATAMIENTO

La persona con cáncer tiene temor al tratamiento, cuando empieza a recibir la quimioterapia se siente morir, cree que eso lo va a matar, siente miedo. Para ellos es doloroso recibir el tratamiento, tienen miedo, angustia acudir a sus quimioterapias. Para la persona con cáncer el someterse al tratamiento con quimioterapia, siente temor, vergüenza ante una operación, la caída del cabello, así se evidencia en los Discursos: 3, 5, 7, 9.

“Cuando empecé a recibir la quimioterapia, me sentí morir, tenía náuseas, creí que me querían matar, era como si me quemaran por dentro, tenía miedo”.

Tulipán (D: 3)

“La quimioterapia duele bastante, sentía que mi cuerpo ardía cuando me ponían el medicamento, salía decaído y sin ganas de hacer nada, tenía miedo cuando iba a las quimioterapias”.

Crisantemo (D: 5)

“Tenía miedo recibir las quimioterapias porque sabía que me iba a chocar, sentía que el líquido me quemaba por dentro, pero soportaba todo eso porque quería vivir. Tenía miedo que se me caiga el cabello por las quimioterapias, tenía vergüenza salir a la calle así”.

Margarita (D: 7)

“Una de las peores cosas y que me daba temor fue la quimioterapia; se me cayó el cabello, mis vellos, las cejas, sentía que las venas me ardían, me daba náuseas, fue horrible. Cuando me dijeron que me tenían que operar y extirpar la mama tuve miedo porque era la primera vez que me iban a operar y temor porque perdería un seno, sentí una sensación de vacío”.

Gardenia (D: 9)

El temor es un sentimiento que comúnmente experimenta la persona, se caracteriza por el despliegue de una acción de huida, de alejamiento de aquella persona, situación, o cosa que despierta el sentimiento, porque claramente se la considera como peligrosa para la vida o la tranquilidad del entorno. El temor es el modo inauténtico de disposición del Dasein, en lo cual el Ser tiene una amenaza real o concreta (54).

Heidegger, M. (1998) expresa que es característica del hombre estar siempre viendo por su propia vida, cuidando de ella, para satisfacer sus necesidades básicas, pero también las superiores, todo es cuidado, teniendo en cuenta que el cuidado es más que un momento de atención, celo o desvelo, representa la actitud de ocupación, de responsabilidad o desenvolvimiento con el otro. El ser humano está inserto en un mundo y no se puede concebir fuera de él. La voluntad, el deseo, la inclinación y el impulso están fundados en el cuidado, es decir, el hombre fue arrojado a este mundo sin haberlo pedido, para en este mundo morir; entonces debe tener una existencia auténtica, y el hombre es un ser con los otros, por

tanto, debe cuidar del otro; al propiciar que el otro se transforme es que él mismo puede transformar su propio ser en búsqueda de su esencia. Es propiamente la preocupación que hace de aprensiones que conciernen al futuro y se refieren tanto a causa externa como un estado interno (44).

El cuidado en su abordaje más amplio consiste en una forma de ser y estar con otros, posee características existenciales y contextuales (modo de ser) y (estar con), de tal forma que el cuidado se visualiza en 2 dimensiones: fenomenológica y holística, es decir, entender los significados que la persona le confiere a sus experiencias en interacción con la enfermera (o), quién la impulsa para encontrar su ser ahí o en su caso le provee cuidados de información, de mantenimiento de la salud o de curación como un estímulo para lograr el cuidado de sí; de igual forma, aumenta el deseo de existir, el poder de descubrir el mundo, de comprenderlo y de centrarse en él, en consecuencia, es un acto de vida que se desarrolla en el contexto de la existencia humana (52).

Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta. Así mismo el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos (55).

Mata, C. (2012), en su investigación: "Temor y ansiedad en pacientes sometidos a radioterapia", concluyó que el temor y la ansiedad son las dos emociones frecuentes en pacientes con cáncer sometidos a radioterapia. Así mismo concluyó que los cuidados de enfermería son fundamentales para reducir el temor y la ansiedad en los pacientes oncológicos (56).

La enfermedad y el tratamiento afecta la imagen corporal del ser humano, el adulto con cáncer tiene miedo que se le caiga el cabello por las quimioterapias, siente nervios y temor el día de la operación, tras la primera impresión al verse al espejo le afecta mucho, se siente raro de no tener una parte de su cuerpo, siente vergüenza, así se evidencia en los Discursos: 2, 8, 10.

"No salía a la calle, mi cara había quedado feo, parecía un monstruo, la gente me miraba como si fuese algo raro, tenía cicatrices, mi ojo había quedado más grande, me veía al espejo y sentía vergüenza".

Rosa (D: 2)

"Cuando me operaron y me dijeron que tenían que extirparme mi seno sentí angustia y temor, al principio me sentía rara no tener un seno".

Jazmín (D: 8)

"El día de mi operación estaba nerviosa, sentí angustia y temor que me extirparan un seno, la primera impresión al verme al espejo me afectó mucho. Me sometieron a tratamientos con quimioterapia, es fue la parte más horrible, tenía miedo ir".

La vergüenza es un sentimiento que surge de una evaluación negativa del yo, y cursa con la idea de ser inadecuado/a y el deseo de ocultarse, volverse invisible y desaparecer, el desencadenante de la vergüenza suele ser un juicio negativo que puede provenir tanto de la propia persona como de una actitud externa. Se suele asociar con la autoestima, dado que la rebaja, y coloca a la persona que la padece en un estado de inferioridad; el yo está menoscabado y entonces ello le impide a la persona actuar de manera normal y con soltura. La vergüenza suele presentar muchas señales físicas en aquel que la está sintiendo y las mismas nos permiten reconocerla en el otro, tal es el caso del encendido del color del rostro, tornándose a un color rojo y evidenciando el mencionado sentir de la persona que lo padece, gestos como agachar la cabeza o cubrirse el rostro; temblores, palpitaciones, entre otras (57).

Cunye, A. (2014), en su investigación: "Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal". Concluyó que la localización del tumor es un aspecto importante en relación al posible impacto en la autopercepción de la imagen corporal. En este sentido, aquellos tumores localizados en zonas más visibles como es el caso del cáncer de cabeza y cuello, el de mama o el colorrectal implican un proceso de adaptación importante para el paciente. En estos casos el posible rechazo social hacia una nueva imagen constituye un factor importante que los pacientes deben hacer frente. Algunos tumores como el de mama tienen connotaciones

culturales que ocasiona que las personas que lo sufren puedan sentir inseguridades, baja autoestima, y otras alteraciones psicológicas (16).

Capcha, T. (2015), en su estudio: "Vivencias de las mujeres sometidas a mastectomía". Concluyó que existe una percepción desfavorable hacia su imagen corporal, se sienten menos femeninas por la falta de una mama, en el aspecto psicológico y sentimental piensan que la relación con su pareja se va a ver perturbada, en relación al aspecto social ya no les agrada recibir visitas de amigos, les cuesta insertarse nuevamente a la vida social (22).

El tratamiento contra el cáncer, tiende a ocasionar reacciones secundarias en la persona, las quimioterapias en la gran mayoría causan pérdida de cabello, en algunos adelgazamiento, esto va cambiando y alterando el autoestima de la persona, la forma en cómo se percibe frente a sí mismo y frente a los demás cambia, siente vergüenza a la mirada ajena de las personas, de los otros entes, el ser-ahí es un ser que experimenta la naturaleza de su día con día, la persona al no sentirse bella se deja guiar por el se dice "dasman" o el qué dirán, no siente tener esa fortaleza para superar ese miedo ante el cambio, lo hace vivir inauténticamente. Una intervención quirúrgica deja cicatrices, pérdida de algún miembro notorio como por ejemplo un seno, el autoestima de esta persona cae drásticamente le preocupa y le duele mucho más como la ven los demás, tiene miedo a causar lástima, su primera impresión frente a un espejo es impactante, hay un cambio drástico en su apariencia, el

sentir vergüenza es parte de esta pérdida de autoestima y fortaleza. El ser al estar en el mundo trata de comprenderse a sí mismo, escoge posibilidades entre ellas superar lo ocurrido o continuar en la misma situación.

UNIDAD DE SIGNIFICADO V: DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La persona con cáncer al inicio desconoce la enfermedad que tiene, hasta que los síntomas se hacen más notorios, siente un dolor raro, en un principio no le toma importancia, lo confunde con otra enfermedad. Antes de que reciba el diagnóstico de su enfermedad, la persona siente un dolor fuerte, que nunca le dio importancia, no sabe lo que tiene. Cuando los síntomas aumentan, la persona se asusta, tiene miedo que sea cáncer, así se evidencia en los Discursos: 1, 2, 5, 6, 9.

“Sentía un dolor raro en mi estómago, me sentía cansada, en un principio no le tomaba importancia, pensaba que era gastritis por lo que a veces no comía a mis horas”.

Girasol (D: 1)

“Me salió una herida en la cara, lo tuve dos años y cuando mi esposo falleció se abrió como una rosa, me sacaron un pedazo de piel, no sabía lo que estaba pasando, tenía temor que sea cáncer”.

Rosa (D: 2)

“Comenté mi preocupación a algunos amigos, me animaron a ir al hospital, recuerdo que me hicieron unos exámenes que no entendía para que era, tenía miedo que fuera cáncer”.

Crisantemo (D: 5)

“Cuando me aparecieron los granos en mi cara, al principio no le tomaba importancia, pensé que sólo me iba a pasar, sin embargo los granos aumentaban en otras partes de mi cara, me comencé a asustar,

cada vez empeoraba , tenía miedo que fuera cáncer”

Orquídea (D:6)

“Antes de recibir el diagnóstico de mi enfermedad, sentía un dolor fuerte en el seno, nunca le di importancia, no sabía lo que tenía”.

Gardenia (D: 9)

El desconocimiento hace referencia a la ignorancia que se tiene respecto de algo, de alguien, una verdad, un hecho o de una situación. El desconocimiento puede tener consecuencias importantes en determinados momentos de nuestra vida, remite a la ignorancia lógica de no saber qué ha ocurrido un hecho determinado. Una ignorancia lógica porque no podemos saberlo todo y, porque, además en el contexto de las relaciones personales cada uno preserva su intimidad e intenta y decide con quién desea compartir una información personal. En el contexto familiar puede ocurrir que mientras que algunos familiares sí están informados de una noticia concreta, por el contrario, otros la desconocen (58).

Heidegger se preguntaba cuál era la finalidad de la existencia. Y estableció que había dos formas de vivir la vida, una vida auténtica o una vida inauténtica. La primera consistía en saber que somos mortales, algún día llegará la hora de morir, con base en este conocimiento se aprovecha para hacer las cosas de una forma mejor, tener un crecimiento. La vida inauténtica es fingir que no se sabe de la muerte, llegar a tener que vivir

una vida así esto provoca ansiedad (59).

La mayor parte de la vida se vive en esta existencia, consiste en aferrarse a las decisiones como si duraran para siempre, como si condicionaran la vida. Es vivir aferrado a la existencia, a querer existir, a no querer morir. Se llega a pensar que se existirá para siempre incluso que después de la muerte seguiremos existiendo, no en cuerpo, pero si en alma. Se podría decir que la existencia inauténtica es una tentación que acecha al hombre que vive en sociedad. Pero abandonarse a ella es tomar un camino que termina depositando al hombre al mismo nivel que las cosas del mundo. Cuando ello ocurre, podemos decir que la existencia se ha desprendido de sí misma y ha caído en el mundo, ha quedado atrapada en él (59).

La vivencia de cada uno sobre un mismo fenómeno, sin embargo, es diferente: es una elaboración que hace la persona, sobre las bases de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su lugar en la comunidad y en la sociedad. Porque está en el adulto con cáncer darse cuenta de su posición en el mundo y vivir auténtica o inauténticamente (59).

La determinación fundamental del Dasein es la inautenticidad que lo envuelve desde el primer momento y lo acompaña el resto de su vida, es lo más propio y cercano; es ocultar ser constituido del ser del Dasein que consiste en saberse libres, para elegir y elegirse a posibilidades. Para Heidegger la inautenticidad está relacionada como algo impersonal, es un

intento de la persona en la búsqueda de placeres inmediatos. El temor es el modo inauténtico de disposición del Dasein, en lo cual el ser tiene una amenaza real o concreta (59).

Para Orem los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud (60).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Las acciones de Enfermería en la Promoción de la Salud son fundamentales, porque ayuda y promueve cambios, como la toma de decisiones y asimilación de conocimientos en la mejora de la calidad de vida de las personas (61).

Según Llamoca, L. (2015), en su investigación: "Conocimientos de los pacientes con cáncer de mama sobre la enfermedad, tratamiento y los cuidados ante los efectos secundarios durante la quimioterapia en un Hospital Nacional", concluyó que la mayoría de pacientes conoce poco sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados ante los efectos

secundarios; así mismo que la mayoría de pacientes conoce mucho sobre el cáncer de mama, sin embargo conocen poco sobre los signos, síntomas y factores de riesgo (62).

La enseñanza de la enfermera está vinculada a dos elementos importantes, el pensamiento humano y la calidad de vida humana. La formación de enfermería debería estar orientada y fundamentada en el principio de la persona que es cuidadora por virtud de su humanidad. Este cuidado – con, debe darse en una relación de co-existencia y preocupación auténtica del otro; como es difundir conocimientos preventivos a las personas sanas o enfermas, que les permitan cuidarse a sí mismas, para prevenir enfermedades o evitar complicaciones como es el cáncer (63).

UNIDAD DE SIGNIFICADO VI: SINTIENDO APOYO FAMILIAR

La persona con cáncer siente que, durante todo el proceso de la enfermedad, su familia está al lado, nunca le dejan solo, siente el apoyo familiar. La familia cumple un rol importante, siempre está acompañando, brindando fuerza y ánimos, la persona recupera las ganas de vivir, por él y por su familia, así se evidencia en los Discursos: 1, 3, 7, 8, 10.

“Desde que me enteré de la noticia no podía dormir, me la pasaba llorando, me preguntaba porque esto me está sucediendo, me arrastraba por el piso, pedía a Dios que me librara de este mal, me tuvieron que sedar; mi familia no dejaba de apoyarme, me daban ánimos de seguir luchando”.

Girasol (D: 1)

“Durante todo el proceso de mi enfermedad mi familia siempre estuvo conmigo apoyándome, dándome ánimos, nunca me dejaron sola, nos unimos más”.

Tulipán (D: 3)

“Al principio estaba desmotivada, pero mi familia siempre estuvo conmigo apoyándome, seguí luchando y no perdí la fe”.

Margarita (D: 7)

“La separación de mi esposo me afectó, mi familia siempre estuvo acompañándome y me daban fuerzas para seguir adelante; yo quería

vivir por mí y mis hijos”.

Jazmín (D: 8)

“El dolor en el seno era intenso, por momentos ya no podía seguir luchando, felizmente tuve el apoyo de mi familia y eso me ayudó a seguir adelante”.

Clavel (D: 10)

El término apoyo procede de apoyar, también hace referencia a la persona o cosa que ayuda a alguien a conseguir algo o que favorece el desarrollo de algo (64).

El apoyo es básico ya que la persona desea afecto, simpatía, bondad y consideración en las relaciones humanas, una relación que muestre afecto, puede ser influencias positivas en la vida, el apoyo está edificado sobre una base de seguridad y necesidades satisfechas. El apoyo familiar cumple un rol importante durante el proceso de la enfermedad del adulto con cáncer, incrementa su seguridad, su lucha y ganas de vivir; eliminando esos sentimientos de inseguridad y miedo (64).

Para Heidegger, M. (2000) el ser – con es la relación del ser humano con el otro, atribuyendo su vivencia a la co-presencia provocando una dependencia de los otros en sus acciones dentro de la determinación del Ser – con. El coexistir es vivir en el mundo, y no vivir aislado, permite disfrutar una relación humana con los otros. En el Ser – con esta siempre en relación de existencia y convivencia con el mundo, con los otros

seres y con las cosas, el existe siempre próximo a los demás entes y a los otros seres y con las cosas. Es una presencia que, a través de Ser en el mundo, existe y se desvela, es la dedicación por cuidar de su familia y así mismo (44).

En los discursos se revela que los adultos con cáncer reciben apoyo de parte de sus familiares para que se sientan acompañados y juntos puedan hacer frente a la enfermedad. Para el paciente con cáncer es muy importante sentir el apoyo de parte de sus familiares, ya que la interacción con su familia le brinda seguridad afectiva; ayudándolo a disminuir sus temores y a adaptarse más rápidamente a su enfermedad.

Arias, M. (2013), en su investigación: "Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con cáncer, distrito de Pachacámac" concluyó que se pudo observar predominio del sexo femenino en el cuidador familiar (70,8 %) del adulto mayor con cáncer. Así mismo identificó a la hija como cuidador familiar con 50%. El apoyo familiar resultó adecuado con 64,6%. Las prácticas de autocuidado resultaron ser regulares con 52,1%. Concluyó que el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con cáncer no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí (65).

El cuidado en la familia para Boff (1999), es un modo-de-ser esencial, siempre presente, ontológica e imposible de ser totalmente desvirtuado. La familia lucha por su supervivencia. El cuidado está ligado a una actitud

y a un acto de celo, desvelo para asegurar la existencia amorosa entre sus miembros, su bienestar y satisfacción en la vida (66).

La familia es un apoyo valioso que la enfermera debe considerar en su plan de cuidados recuperativos y preventivos.

UNIDAD DE SIGNIFICADO VII: CONFIANZA EN DIOS

La aceptación de la enfermedad es un proceso difícil, luego del impacto la persona con cáncer recupera la confianza en Dios, el día de la operación se encomienda y confía en él, le pide que todo salga bien, reza todas las noches pidiéndole que le de fuerzas para que pueda seguir luchando. Se aferra a Dios, su fe es lo que lo mantiene, aprende a convivir con la enfermedad. Durante el proceso de la enfermedad, existe el temor que el cáncer se extienda a otras partes del cuerpo, la persona le reza a Dios, se refugia en él para que salga adelante. La persona que no era muy cercana a Dios, cuando recibe el diagnóstico de su enfermedad, se acerca a él, le pide que le de fuerzas para salir victorioso de esta difícil batalla, recupera su fe, así se evidencia en los Discursos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

“El día de mi operación me encomendé a Dios, confiaba en él y tenía la esperanza de seguir viviendo”.

Girasol (D: 1)

“El día de la operación le pedí a Dios que todo saliera bien”.

Rosa (D:

2)

“Rezaba todas las noches pidiéndole a Dios que me de fuerzas para seguir luchando y me aliviara el dolor que sentía”.

Tulipán (D: 3)

“Me he aferrado a Dios y esa fe es lo que me mantiene a pesar de mi enfermedad”.

Lirio (D: 4)

“Siempre he tenido fe en Dios pero mi enfermedad me hizo acercarme más a él, a entender porque me estaban pasando estas cosas, gracias a Dios he aprendido a convivir con mi enfermedad”.

Crisantemo (D: 5)

“El día de mi operación estaba nerviosa, me encomendé a Dios y felizmente todo había salido bien, tenía que ir a mis controles, notaba que las heridas de cara estaban sanando, le agradecí a Dios”.

Orquídea (D: 6)

“Era la primera vez que me iban a operar, estaba nerviosa y sentía una angustia por dentro, le pedí a Dios que me de fuerzas para seguir adelante”.

Margarita (D: 7)

“Siempre existe el temor de que te digan que el cáncer volvió o se extendió en otra parte de tu cuerpo, solo me queda rezarle a Dios para que me siga protegiendo y dando fuerzas para salir adelante, gracias a él lo superé”.

Jazmín (D: 8)

“Mi familia fue mi gran apoyo, me refugié en Dios para salir adelante y llenarme de fuerzas, nunca antes tuve tanta fe”.

Gardenia (D: 9)

“Yo no era muy cercana a Dios, cuando me entere de mi enfermedad me acerqué más a él, le pedí que me diera fuerzas para luchar esa batalla, recuperé mi fe”.

Clavel (D: 10)

La confianza es la seguridad o esperanza firme que alguien tiene de otro individuo o de algo. También se trata de la presunción de uno mismo y del ánimo o vigor para obrar (67).

La confianza en Dios significa tener la certeza de que la presencia del Señor, es efectiva en nuestros corazones ante cualquier circunstancia. Es poseer la convicción de que podemos descansar en Él, todas nuestras cargas y salir victoriosos de esos obstáculos que se nos presentan. Y es la paz ganada, de creer que incluso en los momentos más apremiantes de la vida, contamos con el poder del Señor, que todo lo puede y todo lo alcanza. La confianza genuina en el Señor, se expresa entonces en una fe fortalecida, que nos da sobre todo una paz y calma inigualables para afrontar cada uno de los retos que implica el complejo trayecto de la vida (68).

En los discursos se revela que los adultos cuando reciben el diagnóstico

de su enfermedad se acercan más a Dios, recuperando su fe en él.

Laos, K. (2010), en su investigación: "Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama", concluyó que las participantes poseen una calidad de vida que oscila entre niveles promedios y muy altos, tanto en su salud física como en la mental. Esto se relaciona con el hecho de que un gran porcentaje de mujeres obtienen también una calidad de vida que va desde promedio hasta muy alta en la dimensión salud general. En cuanto a la religiosidad, concluye que todas las representantes de la muestra practican actividades religiosas de manera frecuente, sobre todo aquellas en donde expresan sus sentimientos de fe y creencias en un ámbito más íntimo. La práctica más frecuente en las participantes es rezar a Dios para agradecerle, seguido de rezar para pedir ayuda y transmitir la fe en Dios a personas cercanas (69).

La religiosidad es el remedio social, que calma la angustia de la muerte, el sereno equilibrio del creyente, las vivencias religiosas son consideradas como pautas de vida, entonces la muerte enseña a vivir mejor y a valorar el poco tiempo del que dispone el hombre para hacer méritos que perduren. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida, da respuestas a aquello que no se puede explicar con la razón y el conocimiento. Confiar en Dios es esperar con firmeza y seguridad y sobre tener fe. La persona con cáncer ve en su fe el camino para vivir y lograr la fuerza necesaria para luchar por su vida (69).

UNIDAD DE SIGNIFICADO VIII: VALORANDO LA VIDA

La persona con cáncer valora cada instante de su vida, siente que el cáncer le ha cambiado, aprende a valorar cada momento de su vida, sus hijos se convierten en el motivo de seguir luchando; la persona no se rinde tan fácil, tiene ganas de seguir viviendo. El cáncer afecta sus actividades cotidianas, siente que tiene que ser fuerte por sus hijos, quienes le dan la fortaleza de seguir viviendo. La persona con cáncer le agradece a Dios la oportunidad que le da por un día más de vida, aprecia cada instante de su vida como si fuera el último, así se evidencia en los Discursos: 1, 3, 4, 5, 7, 9.

“Siento que el cáncer me ha cambiado, sigo siendo la misma persona alegre y responsable, ya no me quejo por cosas simples, he aprendido a valorar la vida”.

Girasol (D: 1)

“Recibí la noticia que iba a ser abuela, me di cuenta que debía seguir luchando, mi nieta y mis hijos se convirtieron en mi motivo de seguir viviendo, me sentí más viva que nunca”.

Tulipán (D: 3)

“Me fijé una meta de no dejarme dominar por la enfermedad, voy a luchar hasta el último, no me voy a rendir tan fácil, tengo ganas de seguir viviendo”.

Lirio (D: 4)

“El cáncer afectó mis actividades cotidianas, me sentía desanimado, sin embargo, sabía que tenía que ser fuerte por mi familia, mi hijo que estaba por nacer me dio mucha fortaleza de seguir viviendo”.

Crisantemo (D: 5)

“Le agradecía a Dios por la nueva oportunidad que me estaba dando y comencé a apreciar cada instante de vida como si fuera el último”.

Margarita (D: 7)

“Con el tiempo acepté mi enfermedad y le agradezco a Dios por un día más de vida, he aprendido a valorar cada momento y cada detalle por muy pequeño que sea”.

Gardenia (D: 9)

Cada ser humano tiene una vida biológica que es la base de todo, ya que sin ella no podríamos hacer lo más elemental, pero la vida también tiene un sentido algo más profundo, que se desarrolla más allá de lo estrictamente material. Por eso se dice que la vida es el bien más valioso ypreciado de todo ser humano. La vida se debe valorar todos los días, porque todos los días se está viviendo algo nuevo, ningún día volverá a ser el mismo, pero lo logrado o dejado de hacer, eso sí permanecerá atemporal (70).

Para Heidegger (2000), el hombre es un ser arrojado a la existencia, ser que existe en el mundo y actúa sobre las cosas, que tienen, ante todo, el

sentido de instrumentos del Dasein. El ser – ahí siempre se halla en un estado de ánimo por esencia y es el sentimiento-y solo el radicalmente-el que nos hace sentir el hecho de que existimos, descubriéndonos que somos útiles y abriéndonos a nosotros mismos (4).

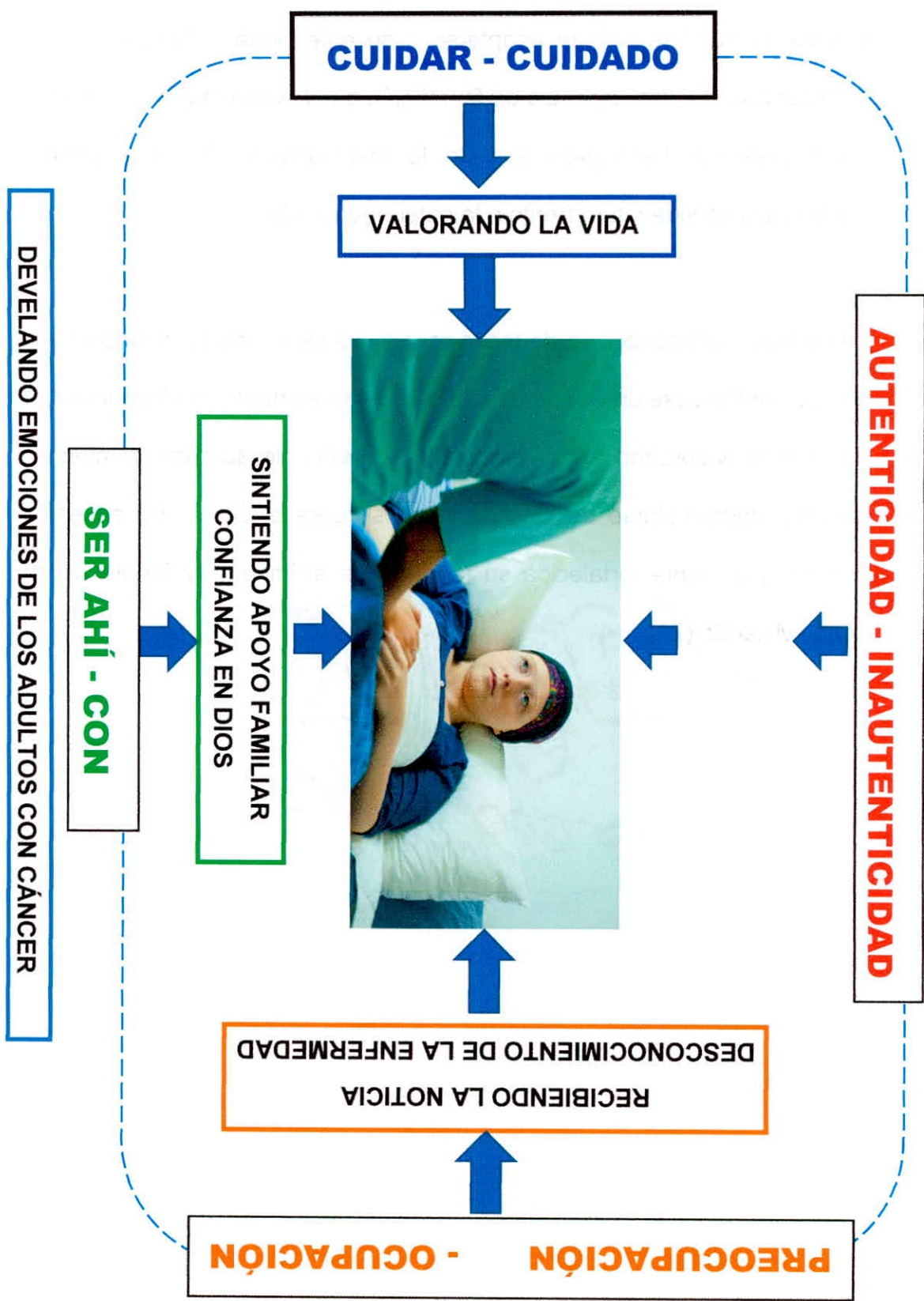
El Dasein se caracteriza por la puesta en juego de su propio ser en su ser mismo, en otras palabras: ser, para él, es poner su ser en juego, es el exponer al deber y no al devenir esto que él es, ya que “es” su “a-ser” o su “ex-ser,” su ser-fuera-de-sí-mismo. No tiene que devenir, sino advenir en el mismo acto de encargarse de una no-esencia esencial cuyo sentido es el ser-delante-de-sí- mismo o ser expuesto, puesto en juego (4).

Así, el Dasein tiene la propiedad en tanto que *da-sein*, ser-ahí: él es, o más bien él tiene que ser el “ahí” de una apertura, es decir, de una manera propia (“cada vez suya”) de dejarse ser o de decidirse a ser según esta ex-posición que forma de igual manera su ser-en-el-mundo. Él tiene que ser el “ahí” singular de una manera propia de hacer mundo, es decir de hacer y/o de abrir a una totalidad de sentido. La persona con cáncer se aferra a la vida, y toma decisiones, por ella misma y por su familia a hacer todo lo posible para seguir viviendo (4).

Morales, I. (2011), en su investigación: “Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy. Hospital Loayza, 2011”, concluyó que respecto al modo de Auto concepto las mujeres se siguen sintiendo atractivas frente a su

pareja y se preocupan por su apariencia física y mantienen su autoestima. Manifiestan tener muchas ganas de seguir viviendo y valoran la vida, lo que les permite adaptarse a su enfermedad. También cabe recalcar que cultivan aspectos de fe, religión que les son muy importantes como persona. Pero pese a todo lo mencionado aún tiene pobre expectativa de vida futura frente a la enfermedad (70).

La persona con cáncer ha de tener conciencia de su transitoriedad en el mundo, sintiéndose un Ser para la muerte, es que encuentra el significado de la vida, valorando a plenitud cada momento de su vida, comienza apreciar cada instante de su vida como si fuera el último. Es en este camino que siente fortalecida su fe, y siente el impulso y fortaleza de seguir viviendo (71).



V. CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación tuvo por objetivo analizar, comprender y develar las emociones de los adultos con cáncer. El análisis de los discursos expresados por los participantes de la presente investigación permitió conocer y comprender las emociones que vivencian los adultos con cáncer.

Después de analizar los testimonios de diez adultos con cáncer como resultados de sus vivencias se llegó a las siguientes consideraciones finales:

El Ser- Ahí es un ser para la muerte, cuando el ser no comprende que la muerte es un es parte de la vida, esto le conlleva al temor y angustia, generándole una existencia inauténtica:

Temor a la muerte, el adulto con cáncer teme morir, considera a la enfermedad como un sinónimo de muerte, esto desencadena en su Ser miedo y angustia por la incertidumbre de su enfermedad, sumergiéndole en la depresión por su futuro y el de su familia.

Desconocimiento de la enfermedad, el adulto con cáncer al inicio de la enfermedad siente los síntomas de la misma, esto le genera preocupación, pero no le da la debida importancia como para acudir al médico y detectarla a tiempo. Ante la gravedad de los síntomas el adulto aun sin conocer su diagnóstico siente temor, le angustia que su salud se

agrade.

El Ser-Ahí se encuentra rodeado de múltiples emociones, revelando su naturaleza acorde al contexto en la que se encuentra, en este sentido el adulto con cáncer al vivenciar este fenómeno experimenta una serie de emociones:

Recibiendo la noticia, el adulto cuando recibe el diagnóstico de cáncer, no lo acepta, lo rechaza, no lo puede creer, piensa en la muerte, esto le causa un profundo dolor y tristeza, le preocupa su futuro, siente que la vida se le va de las manos.

Sintiendo apoyo familiar, durante el proceso de la enfermedad el adulto con cáncer recibe apoyo de su familia, dándole animo de seguir luchando y fortaleza para seguir adelante sin perder la fe. El apoyo de la familia juega un rol importante durante el proceso de la enfermedad, llegando a ser significativa en su lucha, recuperando las ganas de vivir, sintiéndose protegido para asumir la lucha contra la enfermedad.

Confianza en Dios, el aferrarse a Dios, fue común en todos los testimonios de los adultos con cáncer, en el intento de resolver su angustia y preocupación, para el profesional de enfermería no le es posible negar la esfera religiosa del ser humano, sino más bien asumirla como una posibilidad de los pacientes para vivir mejor su enfermedad.

Para el adulto con cáncer el proceso de su enfermedad es muy doloroso, muchos de ellos se aferran a Dios y fortalecen su fe, con el fin de sobrellevar su enfermedad, logrando la fortaleza necesaria para luchar por su vida.

Valorando la vida, el apoyo de su familia y la confianza en Dios le hace recuperar las ganas de vivir y apreciar cada momento de su vida como si fuese el último. Encuentra el motivo de seguir luchando dándole batalla a su enfermedad.

El ser necesita cuidado, transfiere su mundo subjetivo en búsqueda de aumentar su deseo de existir:

Temor al tratamiento, el adulto con cáncer manifiesta sentir dolor al recibir la quimioterapia y temor por los efectos que genera en su organismo como: náuseas, mareos, vómitos, y pérdida de cabello, lo que le genera vergüenza ante la mirada de los demás.

Parte del tratamiento consiste en la intervención quirúrgica, despojándole de ciertas partes de su cuerpo y dejando cicatrices que afectan su imagen corporal, produciéndole sentimientos de vergüenza y afectando su autoestima.

El adulto con cáncer al pensar en la muerte siente que debe ocuparse de su familia, cuando esta ocupación se ve perturbada por su negatividad e convierte en preocupación, haciéndole hacer vivir una vida inauténtica al

no ser libre de tomar acciones certeras.

Preocupación por la familia, el adulto con cáncer siente miedo de dejar a su familia desprotegida si llegara a morir, se deprime, llora, siente que la vida se le acaba, le embarga la incertidumbre por su futuro.

VI. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación, se plantea las siguientes recomendaciones:

▪ En Relación al Cuidado de Enfermería:

1. La presente investigación sirva como referencia para el profesional de salud en cuanto al cuidado humano que se le debe brindar a las personas con cáncer, a la vez fortalezca y amplíe sus conocimientos sobre las emociones que vivencian las personas con cáncer y familiares. Promueva la detección temprana del cáncer y estilos de vida saludables.
2. Que el personal de salud, siga brindando un cuidado humanizado a la persona con cáncer, mediante un trato cordial, afectuoso, de confianza, tranquilidad, comodidad, permitiéndole expresar sus sentimientos y emociones.
3. Que el personal de salud, continúe practicando la asertividad, empatía e inteligencia emocional y que ante todo mantengan el foco en el respeto a la persona, a sus familiares y al proceso de la enfermedad que sufren.

4. Que las enfermeras que laboran en el área de cáncer continúen trabajando en la mejora de la imagen profesional de la enfermería y transmitan la mejor imagen social posible, tanto a personas con cáncer, como a los familiares y a la comunidad en general.
5. Brindar cuidado de enfermería holístico a las personas con cáncer y a su familia, basado en principios y valores morales. Impartir consejería brindándoles información oportuna, veraz y completa respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento.
6. Favorecer la interacción reconociendo a la persona con cáncer como ser humano, único e integral, escuchándolo, dándole ánimo, esperanza y, respetando sus sentimientos, actitudes y valores, sin juzgarlo, y no divulgar sus problemas.
7. Que el personal de enfermería ponga en práctica los cuidados enfatizando la espiritualidad en el cuidado al paciente con cáncer.

▪ **En Relación a la Investigación:**

8. Que la presente investigación cualitativa fenomenológica sea un referente para los estudiantes de Enfermería que realicen otros estudios en relación a las personas con cáncer y el cuidado de enfermería.

9. Que las investigaciones aporten a la profesión de enfermería indagando sobre los cuidados brindados, adaptados a la práctica basada en la evidencia.
10. Que la presente investigación sirva como guía para abarcar otros aspectos como el sentir del familiar con cáncer o del entorno del paciente con cáncer que son de suma importancia, pues abarca al cuidador, en el cual el profesional de enfermería puede dar cuidado holístico y así, fortalecer la carrera.
11. Que el personal profesional de enfermería realice estudios profundizando la dimensión espiritual, especialmente en pacientes con cáncer.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chalifour, J. (1998). Relación de ayuda en enfermería. 1º ed. Ed. S.G.S.A. Barcelona - España. Accesado Julio 27, 2017.
2. Coleman, N. (2006). ¿Qué hacer con un diagnóstico de cáncer? Pruebas diagnósticas y estudio de estadificación: reuniendo información. Pág. 33-35. Editorial Pax. Accesado Setiembre 19, 2017.
3. Hartmann, L y Loprinzi, C. (2002). El libro de la Clínica Mayo sobre el Cáncer de Mama. La vida después del diagnóstico de cáncer. Capítulo 19. 1º Edición. Accesado Julio 30, 2017.
4. Heidegger, M. (2000). Ser y tiempo. 10º ed. Ed. Petrópolis. Editora Vozes. Brasil. Accesado Julio 30, 2017.
5. Qué sienten los pacientes con cáncer. (2014). Entrevistas. Accesado Febrero 08, 2017. 9:40.
Sitio web:
<http://www.quesientenlospacientes.es/testimonios/entrevistas.html>.
6. Lange, S. (2001). Libro de las emociones. Pag.17. 2º Edición. Editorial EDAF. Accesado Marzo 15, 2017.
7. Psicología Evolutiva. Las etapas del desarrollo psicosocial de Erickson. Accesado Setiembre 18, 2017. Sitio web:
http://meyevolativa2.blogspot.pe/2010/06/adultez-intermedia_13.html
8. Real Academia Española. (2001). Develar. Accesado Setiembre 18, 2017. Sitio web: <https://definicion.de/develar/>.

9. Ehlers, D. (2011). 5 Etapas de aceptación o duelo. Consultado Setiembre 18, 2017. Sitio web:<http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.pe/2011/11/5-etapas-de-aceptacion-o-duelo.html>.
10. NIH. Instituto Nacional de Cáncer. (2015). Adaptación del cáncer: ansiedad y sufrimiento. Consultado Agosto 02, 2017. 21:48. Sitio web:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansi edad-sufrimiento-pdq>.
11. Montoya, R. (2011). Dimensión emocional y significado de la experiencia de sufrimiento al final de la vida. España. Tipo de investigación cuantitativo - cualitativo. Consultado Febrero 13, 2017.
12. Historia de enfermería. (2015). Dorothea Orem: Teoría del autocuidado. Consultado Agosto 01, 2017. 9:45. Sitio web:
<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>
13. El cuidado. (2012). Dorotea Orem. Consultado Setiembre 21, 2017. Sitio web:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html>
14. Watson, J. (2005). Teoría de cuidado humano: Un café con Watson. Metas de Enfermería. Consultado Noviembre 02, 2017.
15. Krikorian, A. y Limonero, J. (2012). Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. Tipo de estudio transversal, descriptivo y correlacional. Consultado Enero 20, 2017.

16. Cunye, A. (2014). "Proceso oncológicos y afectación de la imagen corporal". España. Tipo de estudio cualitativo - revisión bibliográfica. Accesado Julio 30, 2017.
17. Vargas, E. y Pulido, S. (2012). "Vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama". Colombia. Tipo de estudio cualitativo fenomenológico. Accesado Febrero 13, 2017.
18. Díaz, I. y Vásquez, O. (2012). "La dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en el Hospital Universitario "ANTONIO PATRICIO DE ALCALA", Municipio Sucre, Cumana-Estado Sucre 2011". Accesado Marzo 10, 2017.
19. Parra, C. García, L. y Insuasti, J. (2011). "Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Colombia". Tipo de estudio cualitativo fenomenológico. Accesado Marzo 12, 2017.
20. Parra, L. (2010). "Calidad de vida de mujeres con enfermedad crónica de cáncer de cérvix. Colombia". Tipo de estudio cuantitativo. Accesado Marzo 17, 2017.
21. Calvo, J. y Narváez, P. (2009). "Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. Chile". Tipo de estudio cualitativo fenomenológico. Accesado Abril 05, 2017.
22. Capcha. (2015). Vivencias de mujeres sometidas a mastectomía. Perú. Tipo de estudio cualitativo. Accesado Agosto 09, 2017.
23. Diaz, A. y Yaringaño, J. (2010). "Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Perú". Tipo de estudio cuantitativo descriptivo correlacional. Accesado Agosto 10, 2017.

24. Risco, J. (2014). "Clima social familiar y locus de control de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014. Perú". Tipo de estudio cuantitativo descriptivo no experimental. Accesado Setiembre 14, 2017.
25. Morgan, Y; Falla, L y Serrano, C. (2014). "Vivencias de ser mujer con cáncer de mama". Trabajo de investigación docente. Universidad Nacional del Santa. Tipo de estudio cualitativo fenomenológico. Accesado Noviembre 8. 2017.
26. Perasso. BBC. (2016). Impacto del cáncer en el mundo. Accesado Febrero 06, 2017. 16: 26. Sitio web:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/02/160203_cancer_grafico_s_impacto_men.
27. Tabakman, R. 2016. Cáncer en Latina, nuevo informe IARC. Accesado Marzo 31, 2017. Sitio web: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5900981>.
28. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2014) Datos Epidemiológicos de Cáncer. Accesado Febrero 18, 2017. Sitio web: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
29. Hospital La Caleta. Consultorio de prevención del cáncer. Informe de pacientes atendidos. Accesado Febrero 16, 2017. Sitio web: <http://www.hcaleta.gob.pe/>
30. Do Prado, M (2000). Calidad en la investigación cualitativa en

- enfermería. Serie Paltex, N°9.
31. Edmund Husserl. Pensamiento Filosófico. Accesado Setiembre 20, 2017. Sitio web: https://www.ecured.cu/Edmund_Husserl
 32. Cobra, R. (2001) Filosofía Contemporánea Martin Heidegger: Vida, época, filosofía y obras de Martin Heidegger. Accesado Enero 04, 2016. Sitio web: <http://www.cobra.pages.nom.br/fc-heidegger.html>
 33. Ayala, K; Liñán, R. (2013). Pensamiento existencialista de Martin Heidegger. Accesado Diciembre 27, 2015. Sitio web: <http://pflc-filosofia.blogspot.pe/2013/05/pensamiento-existencialista-de-martin.html>
 34. Inwood, M. (2002). Diccionario de Heidegger. Jorge Zahar Editor. Ltda. Río de Janeiro, Brasil.
 35. ChimboteOnline. Historia de Chimbote. Accesado Julio 30, 2017. Sitio web: <https://www.Chimboteonline.com/wiki/Chimbote>.
 36. Blog.Urbanización "21 de Abril". Chimbote. Accesado Setiembre 12, 2017. Sitio web: http://victorunyenzelezmoro.blogspot.pe/2010/04/lii-aniversario-de-la-urbanizacion-21_1435.html.
 37. Martins, J; Bicudo, M. (1989). Pesquisa cualitativa en psicología: fundamentos en recursos básicos. Sao Paulo. Brasil. Editorial Morae.
 38. Hernandez, T; Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). N°03.
 39. Meo, A. (2010). Consentimiento informado, anonimato y

confidencialidad en investigación social. Revista de ciencias sociales N° 44. Accesado Julio 01, 2015. Sitio web: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/aines.pdf>

40. Escuela Profesional de Enfermería (2013). Reglamento de la Comisión de Ética. Universidad Nacional del Santa.
41. Castillo, E; Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Ed. Colombia médica.
42. Psicólogos en Madrid EU. (2012). Negación. Accesado Octubre 22, 2017. Sitio web: <http://psicologosenmadrid.eu/negacion/>.
43. Psicoactiva.com. Las etapas del duelo. Accesado Octubre 25, 2017.
Sitio web: <https://www.psicoactiva.com/blog/las-5-etapas-del-duelo/>.
44. Heidegger, M. (2000). Ser y Tiempo. 10º ed. Petropolis. Voces. Parte I. Accesado Octubre 27, 2017.
45. Definición. De. (2008). Temor. Accesado Octubre 22, 2017. Sitio web: <https://definicion.de/temor/>.
46. Cobra, R. (2001). Filosofía Contemporánea Martin Heidegger. Vida, época, filosofía e obras de Martin Heidegger. Accesado Octubre 28, 2017.
47. Watson, J. (2005). Teoría de Cuidado Humano. Rev. Metas de Enfermería 8 (2); 28 – 32. Accesado Octubre 29, 2017.
48. Savater, F. (2007). Diccionario filosófico. Angustia. Pag. 73-75. Editorial planeta. Barcelona. Accesado Octubre 21, 2017.
49. Heidegger (1998). De camino al habla. Barcelona: Serbal-Guitard. Accesado Noviembre 01, 2017.

50. Anubbe. (2016). La utilidad de la preocupación. Accesado Noviembre 01, 2017. Sitio web: <http://www.misuperacionpersonal.com/la-utilidad-de-la-preocupacion/>
51. Malena. (2011). La preocupación. Accesado Noviembre 01, 2017. Sitio web: <http://psicologia.laguia2000.com/la-ansiedad/la-preocupacion>
52. Secoli,R; Pezo,M; Alves, R y Machado, A. (2004). Cuidado de la persona con cáncer. Abordaje psicosocial. Accesado Noviembre 20, 2017. Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007
53. Savater, F. (2007). Diccionario filosófico. Preocupación. Pag. 53. Editorial planeta. Barcelona. Accesado Octubre 20, 2017.
54. DefiniciónABC. Temor. Accesado Octubre 21, 2017. Sitio web: <https://www.definicionabc.com/social/temor.php>.
55. Cohen, J. (1991). Dos retratos de cuidado: una comparación de los artistas, Leininger y Watson. *Journal of Advanced Nursing*. Accesado Noviembre 02, 2017. Sitio web: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
56. Mata, C. (2012). "Temor y ansiedad en pacientes sometidos a radioterapia". Accesado Noviembre 03, 2017. Sitio web: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/d>

ef ault/files/revistas/ED-96-05.pdf

57. Psicólogos en Madrid EU. (2012). Vergüenza. Disponible en:<http://psicologosenmadrid.eu/verguenza/>. Accesado Octubre 22, 2017.
58. Diccionario Filosófico. Desconocimiento. Accesado Noviembre 04, 2017. Sitio web:
<https://www.definicionabc.com/comunicacion/desconocimiento.php>
59. Inwood, M. (2002). Diccionario de Heidegger. Río de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Ltda. Accesado Noviembre 04, 2017.
60. Historia de enfermería. (2015). Dorothea Orem: Teoría del autocuidado. Accesado Noviembre 05, 2017. 9:45. Sitio web:
<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>
61. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud. Accesado Noviembre 05, 2017. Sitio web:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es
62. Llamoca, L. (2015). "Conocimientos de los pacientes con cáncer de mama sobre la enfermedad, tratamiento y los cuidados ante los efectos secundarios durante la quimioterapia en el Hospital Naciona Edgardo Ribagliati Martins". Accesado Noviembre 05, 2017. Sitio web:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JjNyO2B8AJ:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4416/1/Llamoca_cl.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe
63. Pinto, N. (2002). El cuidado en el Proceso Enseñanza – Aprendizaje.

- El arte y ciencia del cuidado. 1º ed. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Cuidado. Accesado Noviembre 05, 2017.
64. Pantigozo, M. (2000). Percibiendo el cuidado de Enfermería. Un estudio fenomenológico. Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Enfermería y Mención en Salud Pública del Adulto y Anciano. Escuela de Post Grado. Universidad Nacional de La Libertad. Perú. Accesado Noviembre 05, 2017.
65. Arias, M. (2013). "Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con cáncer, distrito de Pachacámac". Accesado Noviembre 05, 2017. Sitio web: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp%20-%20Ramirez_ss.pdf
66. Boff, L. (1999). Saber Cuidar. Ética de Humano – Compaixao. Petrópolis: Vozes. Accesado Noviembre 06, 2017.
67. DefiniciónDe. Confianza. Accesado Noviembre 05, 2017. Sitio web: <https://definicion.de/confianza/>
68. Caminando con Dios. La confianza y su significado en la biblia. Accesado Noviembre 06, 2017. Sitio web: <http://caminandocondios.net/la-confianza-y-su-significado-en-la-biblia/>
69. Laos, K. (2010). "Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama en el consultorio externo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". Accesado Noviembre 06, 2017. Sitio web: file:%20and%20Settings/LILI/Mis%20documentos/Downloads/LAOS_MANRIQUE_KATHERINE_CALIDAD_VIDA_RELI

GIOSIDAD.pdf

70. Morales, I. (2011). "Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy. Hospital Loayza, 2011". Accesado Noviembre 06, 2017. Sitio web: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oHB94tkm_pncJ:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1004/1/Morales_ti.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
71. Savater, F. (2007). Diccionario filosófico. Fortaleza. Pag. 570-571. Editorial planeta. Barcelona. Accesado Noviembre 07, 2017.

AMEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL D ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es DEVELANDO EMOCIONES DE LOS ADULTOS CON CÁNCER. El propósito de este estudio es analizar y comprender las emociones de los adultos con cáncer durante su vida diaria. El presente proyecto de investigación está siendo conducido por las tesoreras CAJA FLORES LILIBETH YUVITZA Y LOZANO GABRIEL MAYRA ALEJANDRA, con la asesoría de la DRA. ISABEL MORGAN ZAVALITA de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista, la que tomará algunos minutos de mi tiempo. La conversación será grabada, así las investigadoras podrán transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Las entrevistas serán codificadas utilizando nombres de flores. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder. Es por lo que:

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio "DEVELANDO EMOCIONES DE LOS ADULTOS CON CÁNCER. CHIMBOTE, 2017" y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, que podrían ser usados en la investigación de la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Por esto, puedo comunicarme con:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

FIRMA DEL PARTICIPANTE / FECHA

FIRMA DE LA INVESTIGADOR

CAJA FLORES LILIBETH

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

LOZANO GABRIEL MAYRA

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA

I. DATOS INFORMATIVOS:

CÓDIGO:

FECHA:

HORA DE INICIO:

HORA DE TÉRMINO:

II. OBJETIVO:

Obtener datos fidedignos de los participantes relacionados al estudio de investigación.

III. ACTIVIDADES:

3.1. FASE DE ORIENTACIÓN:

1. Presentación
2. Establecer una relación empática con el adulto con cáncer.
3. Explicar el objetivo del estudio de investigación que se desea realizar.
4. Informar que la información vertida por el participante será confidencial y anónimo.
5. Obtener su aceptación de participar permitiendo que se grabe la entrevista.

3.2. FASE DE TRABAJO:

1. Iniciar la entrevista en un ambiente que reúna las condiciones de comodidad y privacidad.
2. Plantear la pregunta orientadora: ¿Cuáles son sus emociones como adulto con cáncer?

3.3. FASE DE FINALIZACION:

Dada por terminada la entrevista, cuando ya no se obtenga datos.